BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

FONDÉ PAR LE DOCTEUR MIQUEL EN 1831

CONTINUÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT ET PAR LE DOCTEUR FÉLIX BRICHETEAU

ET PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR A. GAUCHET

Membre de la Société de thérapeutique,
Membre de la Commission d'hygiène du 10e arrondissement.

TOME QUATRE-VINGT-CINQUIÈME

PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL

RUE THÉRÈSE, 5

1873

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'application des courants électriques continus à l'odontalgie ;

Par M. le docteur BOUCHAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Quoique le mal de dents soit sans gravité, son intensité est parfois tellement vive et si difficile à supporter que le médecin se voit contraint d'y porter remède. Je crois donc être utile en faisant connaître un moyen qui m'a rendu des services et peut en rendre de plus grands encore.

Cependant ce n'est pas là la seule raison déterminante de ce petit travail ; le principal mobile, c'est qu'il s'agit de l'emploi des courants électriques continus, dont l'usage, récemment introduit dans la thérapeutique, est encore un objet d'étude. On pourrait même ajouter que cette étude est à l'ordre du jour. Dès lors n'est-il pas nécessaire, pour élucider les divers points encore obscurs de l'utilité pratique de ce moyen, que chacun apporte le contingent de son expérience, quelque modeste qu'il soit ?

D'ailleurs les faits que j'ai observés ont trop fortement attiré mon attention pour que je ne désire pas les faire connaître. C'est ainsi que mon premier essai me surprit par la rapidité et la persistance de la guérison. On pourra en juger par la relation que voici :

OBS. I. — Mme M***, quarante-trois ans, a perdu beaucoup de dents ; les unes ont été extraites, les autres se sont cariées et brisées. A la partie inférieure droite il ne reste plus que la grosse

molaire, laquelle est déchaussée, couverte de tartre et cariée. C'est elle qui est douloureuse. Hier j'ai enlevé la deuxième grosse molaire qui était contiguë et cariée également. Les douleurs, qui existaient depuis quatre ou cinq jours et s'exaspéraient sous la moindre influence du toucher, du chaud et du froid, ont été calmées ; mais, ce matin, elles se sont réveillées et sont devenues atroces, au point que la malade ne sait que devenir et veut absolument qu'on lui ôte sa grosse molaire. J'hésite à faire une opération qui doit enlever la seule dent qui reste et je cède à l'idée d'appliquer un courant électrique de 18 éléments. Le pôle positif est placé sur la joue, au niveau de la dent malade, et le pôle négatif sur la région antéro-latérale du cou. Au bout de cinq minutes la malade s'écrie : « Eh ! je m'endors. » Dix minutes après, interrogée à nouveau, elle répond ne rien souffrir, rien absolument. Une abondante salive s'écoule de la bouche. Je continue encore trente à quarante minutes l'électrisation, et la malade part toute satisfaite. De quatre heures à huit heures, calme absolu ; à ce moment, quelques douleurs se font sentir, mais légères, et la nuit est bonne. Le lendemain elle se plaint à peine, ses souffrances sont supportables et elle ne demande pas de soulagement.

Elle revient trois jours après, ses douleurs ont reparu et sont extrêmes, elle veut faire enlever sa dent, mais je parviens à l'électriser de nouveau. Même succès que la première fois : en quelques minutes la douleur disparaît ; je continue cependant l'électrisation pendant quarante minutes et la malade part guérie. Revue deux et trois mois après, elle me dit n'avoir jamais souffert depuis.

Après un succès si inattendu, je recherchai avec empressement l'occasion de mettre à l'épreuve ce nouveau moyen de guérir. Je fus servi à souhait, ainsi que le démontrent les deux cas suivants :

Obs. II. — Adèle B***, vingt ans, a perdu plusieurs dents : une a été enlevée, les autres ont été détruites par la carie. La deuxième incisive inférieure droite est douloureuse pour la première fois. Refoulée en arrière par ses deux voisines, elle est déchaussée, son ivoire mis à nu, mais la gencive est saine. La douleur date de quinze jours ; très-vive le jour, elle se calme la nuit, augmente par le toucher et l'eau froide, non par l'eau chaude. Séance électrique de trente à quarante minutes ; 12 éléments.

Le calme se produit en quelques minutes et persiste indéfiniment. Dès ce moment le toucher, le froid, le chaud sont sans effet.

Obs. III. — Françoise B***, vingt et un ans, a déjà perdu plusieurs dents par extraction ou carie.

En bas et à droite, la grosse et la petite molaires contiguës sont cariées aux points de contact. La grosse molaire surtout est dou-

loureuse. Depuis un an la malade a souffert à plusieurs reprises, pendant six à huit jours chaque fois. Depuis quatre jours les douleurs ont reparu et sont intenses ; quoique plus vives à certains moments, elles ne cessent jamais. Pas de sommeil les dernières nuits. Le froid, le chaud sont sans influence, mais le moindre mouvement est extrêmement pénible.

J'applique le courant ; 15 éléments ne peuvent être supportés, la patiente pousse des cris, a des mouvements convulsifs et se plaint de bluettes. J'abaisse le nombre à 10 éléments. Pendant quelques moments encore la malade se plaint vivement, est surexcitée ; mais bientôt la douleur diminue et cesse entièrement, dix minutes environ ont suffi pour cela. Dès ce moment la douleur seule de l'électrisation se fait sentir et la malade se met à rire. Elle part sans souffrir et peut dès lors manger, boire et dormir comme d'habitude ; c'est ce que je constate plusieurs semaines après.

Par une singulière coïncidence, les premiers faits que j'eus l'occasion d'observer ensuite furent tous aussi remarquables que ceux qui précèdent et je fus tenté d'en exagérer l'importance, au point de croire que le moyen était infaillible. Mais qui ne sait qu'en thérapeutique il ne faut point se hâter de conclure avant d'avoir un grand nombre d'observations ?

La quinine elle-même, ce puissant agent médical, est-elle toujours contre la fièvre intermittente un remède absolument sûr ?

Ici mêmes résultats. La règle a été amplement confirmée, mais les succès n'ont pas été toujours aussi brillants. Il y a eu surtout des récidives après un temps plus ou moins long, et cela se conçoit. Il n'est pas admissible *à priori* qu'on puisse enlever tout mal de dents à la première électrisation, et comme on ne peut avoir la prétention de guérir la carie, mais simplement l'élément douleur, celle-là persistant, comment mettre pour toujours à l'abri des crises douloureuses ?

Pour ne pas citer un trop grand nombre d'observations, ce qui serait inutile et monotone si toutes elles offraient le même type, un résultat constamment heureux, je me contenterai de rapporter celles qui peuvent offrir quelques particularités intéressantes. Ainsi, dans la suivante, on peut voir la supériorité du moyen sur les meilleurs anti-odontalgiques connus :

Obs. IV. — Mme F***, vingt-cinq ans, a beaucoup souffert des dents, dont plusieurs ont disparu. Très-nerveuse, elle ne peut se faire à l'idée d'une opération ; aussi fait-elle un fréquent usage de la mixture de Magitot que je lui ai conseillée (teinture de benjoin,

chloroforme, laudanum) et dont elle se trouve bien. Prise de douleurs de dents le matin, à cinq heures, elle a employé ce remède, mais inutilement ; trois flacons n'ont servi à rien. Elle a fait usage de plusieurs autres substances qui n'ont pas mieux réussi. Désespérée, elle vient me trouver.

La deuxième petite molaire supérieure gauche est fortement cariée, la moitié interne n'existant plus ; elle remue et la gencive, autour, est rouge et enflammée, le moindre mouvement est douloureux, ainsi que le froid ; le chaud n'a pas d'effet. J'applique un courant de 15 éléments qui n'est pas supporté ; 10 éléments étant encore trop énergiques, je descends à 5. En quelques minutes un soulagement se manifeste ; vingt-cinq minutes après, le calme est absolu et persiste indéfiniment.

On ne peut fournir de démonstration plus évidente de la puissance de l'électricité que ce fait. Un liquide vraiment utile, ayant produit souvent de bons effets, est employé longtemps, à haute dose, sans réussir, alors qu'un courant produit en quelques minutes un calme qui ne se dément pas.

Autre remarque utile : la dent est mobile, déchaussée, la gencive est enflammée tout autour, et cependant la sédation se manifeste et se maintient. Il est donc évident qu'il n'y a pas que les douleurs purement nerveuses qui soient susceptibles d'être calmées ; mais que toutes les douleurs de dents, quel que soit l'état de celles-ci, peuvent disparaître sous l'influence du courant.

Le fait suivant offre, sous ce rapport, un intérêt tout spécial :

Obs. V. — Mme F***, vingt-sept ans, sachant que d'autres personnes ont été guéries du mal de dents, vient se faire électriser. Quelques dents se sont cariées à gauche sans avoir été jamais douloureuses. A droite, les deux petites molaires supérieures sont cariées et ont souvent causé de vives souffrances depuis trois ans. Un abcès s'est formé et s'est ouvert à ce niveau il y a trois mois. Actuellement, de ce côté, la joue est enflée, les gencives sont rouges, tuméfiées et je me demande s'il n'y a pas déjà un peu de pus. Depuis deux jours les douleurs sont vives et continues, avec quelques exacerbations.

Électrisation, le soir, pendant vingt minutes environ. Un soulagement notable se manifeste, mais il reste une douleur sourde. La nuit est calme. Le lendemain, amélioration marquée. L'enflure a diminué et continue à décroître. Tout disparaît graduellement et rapidement.

Cette guérison étonne. J'hésitai, en effet, à appliquer un courant électrique craignant un insuccès. Et cependant, si la douleur est

une des causes de l'inflammation, en la supprimant, n'en supprime-t-on pas les effets ? Si, au contraire, la douleur et l'inflammation sont dues à la même cause, le même moyen ne peut-il pas agir simultanément, d'une manière heureuse, sur les effets différents, en atteignant le mal dans sa source ?

Dans les cas qui précèdent, la guérison a été définitive ou du moins ne s'est pas démentie jusqu'à présent. Cette durée indéfinie est cependant loin d'être constante, et souvent les malades ne peuvent ou ne veulent pas se soumettre à une nouvelle électrisation :

Obs. VI. — Pierre M***, dix-sept ans, a plusieurs dents cariées. Il se plaint de la grosse molaire supérieure gauche qui présente, en avant et en arrière, deux caries profondes. Il est venu il y a deux semaines et a été électrisé. La douleur, qui existait depuis sept ou huit jours, offrait des exacerbations extrêmement vives. Le toucher, le froid et le chaud étaient insupportables. Après l'électrisation, calme complet. Le malade a pu manger, boire et dormir comme à l'ordinaire.

Au bout de quatre jours les douleurs ont reparu, mais moins vives que précédemment ; elles persistent. Le malade aime mieux se faire enlever sa dent parce qu'il craint d'être obligé de revenir et il reste trop loin pour se soumettre à une électrisation répétée.

Comme le pôle positif passe pour être plus sédatif que le pôle négatif, j'ai voulu voir ce qui adviendrait en appliquant ce dernier sur la joue, au niveau de la dent malade.

Obs. VII. — Léon F***, vingt-deux ans, souffre habituellement des dents depuis un an ; il en a fait extraire deux. Actuellement, il souffre de tout le côté gauche. De ce côté, en bas, la petite et la grosse molaires contiguës sont cariées ; en haut, les deux petites molaires sont en grande partie détruites. Depuis cinq jours la douleur a chassé le sommeil; elle est sourde, continue, mais non extrêmement vive; elle augmente quand on frappe sur les dents gâtées.

Le malade se résigne difficilement à se faire électriser. 11 éléments sont employés. Le pôle positif, appliqué au niveau de la grosse molaire, celle-ci cesse d'être douloureuse ; il est ensuite appliqué au niveau des dents supérieures, même résultat. Alors j'applique le pôle négatif sur la grosse molaire, la douleur se réveille, le malade souffre et réclame l'opération. Je suis obligé de renverser la direction du courant et la dent se calme de nouveau. L'électrisation est continuée pendant trente à quarante minutes. La douleur a disparu complétement et un sommeil excellent dure la nuit entière.

Le surlendemain je revois le malade. La douleur a reparu la veille et, pour ne pas être obligé de revenir, il se fait enlever sa grosse dent.

Il semble résulter de ce fait et de deux autres que je possède, que le pôle négatif réveille les douleurs. Il n'en est pas toujours ainsi néanmoins. Ayant plusieurs fois appliqué le pôle négatif sur la dent malade soit avec intention, soit par mégarde, la douleur s'est rapidement calmée; peut-être pour moins longtemps, ainsi que nous le voyons dans le cas suivant :

Obs. VIII. — Marius C***, dix-sept ans, souffre depuis plusieurs jours de la grosse dent molaire inférieure droite qui est cariée profondément. Il a passé deux nuits sans sommeil, les douleurs sont vives et augmentent par le toucher.

J'applique le courant en mettant le pôle négatif sur la joue. En quelques minutes la douleur disparaît et le calme dure quatre à cinq heures. Le lendemain, nouvelle application du courant, le pôle positif placé sur la joue. Le calme apparaît avec la même rapidité et dure dix à douze heures. La nuit, les douleurs reviennent, mais elles sont moins vives et durent peu de temps, puis elles sont remplacées par un calme qui va augmentant et s'établit définitivement.

On voit que la douleur a rapidement disparu sous l'influence du pôle négatif. Le bien-être n'a duré que quelques heures, il est vrai, mais en eût-il été autrement avec le pôle positif?

Un autre enseignement à tirer de ce fait, c'est qu'une deuxième application du courant a procuré un soulagement de plus longue durée que le premier. Il est donc permis de conclure, ainsi que le démontrent également l'observation I et quelques autres dont je crois inutile de donner la relation, que le soulagement peut être prolongé ou indéfiniment établi à l'aide de galvanisations répétées.

J'ai appliqué sans avantage les deux pôles à la joue, ou l'un à la joue et l'autre à la nuque, et comme, dans ce dernier cas, on pourrait craindre d'électriser plus fortement l'encéphale, j'ai vite renoncé à ce procédé.

Je pourrais citer un beaucoup plus grand nombre d'observations; mais celles qui précèdent suffisent largement, ce me semble, à prouver que les courants électriques continus ont la propriété de calmer les douleurs de dents et souvent avec une rapidité étonnante.

On ne peut invoquer ici l'influence morale, les succès sont trop fréquents et les résultats trop durables.

On n'objectera pas non plus qu'il s'agissait de névralgies faciales, sachant que celles-ci sont tenaces et résistent beaucoup plus à l'électrisation. On pourrait même se demander quelle peut être la raison de cette différence dans les effets thérapeutiques et la trouver dans ce fait, que la cause de la douleur dentaire est externe, a son siége à l'extrémité du nerf sensible, tandis que dans la névralgie elle est plus profonde, plus centrale et dépend souvent d'une modification générale et intime du système nerveux.

J'ai été surpris, après avoir fait un assez long usage des courants électriques, d'obtenir des succès aussi rapides que ceux que je viens de citer. A part quelques rhumatismes musculaires aigus et peut-être quelques spasmes, qui disparaissent après la première séance électrique, on est loin d'obtenir des guérisons aussi instantanées dans les autres affections traitées de cette manière ; les névralgies résistent bien davantage et les succès sont encore plus lents à paraître dans les paralysies et autres affections nerveuses.

Il n'est pas moins étrange de constater, en consultant les derniers ouvrages publiés sur l'électricité, qu'aucun électro-thérapeutiste ne s'est occupé de ce sujet. M. Duchenne (de Boulogne), dans la troisième édition de son *Traité de l'électrisation localisée*, n'y fait aucune allusion. Il est vrai qu'il s'occupe peu de la galvanisation et ne l'apprécie pas à sa juste valeur. MM. Onimus et Legros, grands partisans des courants continus, se taisent également sur ce point dans leur *Traité d'électricité médicale*. Même silence dans les dictionnaires récents, aux articles qui traitent des affections dentaires.

Les aimants seuls paraissent avoir été employés au siècle dernier avec quelque avantage. Mais les bons effets étaient sans doute rares et peu persistants, puisque ce moyen n'a pas été conservé dans la pratique.

Je n'ai pas fait usage de la faradisation. Elle est trop douloureuse pour que j'aie osé en faire l'essai sur des parties qui sont le siége de douleurs intenses. La sensibilité naturellement si vive à la face, exagérée dans les cas morbides, m'a paru être une contre-indication suffisante.

Les courants continus ont donc été seuls employés et c'est à la pile de Callaud que j'ai eu recours. Sa simplicité la met à la portée

de chacun, et tout médecin peut en construire de pareilles (1). Les éléments étaient de grandeur moyenne, et leur nombre de 10 environ. Rarement il faut abaisser ce chiffre et quelquefois on l'augmente avec avantage, tout en prenant soin d'éviter les contractions musculaires, les éblouissements et les étourdissements pénibles.

La durée de l'application a été d'une demi-heure, quoique le calme apparaisse en dix ou quinze minutes, et souvent elle a atteint trois quarts d'heure ou une heure.

Pour éviter les eschares il est bon d'avoir des électrodes, surtout le négatif, un peu larges et de les changer de place fréquemment, au moins quand le patient souffre.

Outre l'avantage d'éviter des douleurs plus vives et la cautérisation de la face, en plaçant le pôle positif sur la joue, au niveau de la dent malade, et le pôle négatif sur la région antéro-latérale du cou, on fait, ce me semble, une application aussi rationnelle que possible du courant électrique. En effet, mettant de côté les nombreuses inconnues dont la solution est réservée à l'avenir, il est admis que la région du pôle positif est en état d'anélectrotonus ou de dépression de l'excitabilité. Nous devons donc obtenir par ce procédé une diminution de l'irritabilité du trijumeau.

On doit aussi électriser le ganglion cervical supérieur et les filets du sympathique qui se rendent aux divers organes céphaliques. Comme le courant est centripète, d'après Onimus et Legros, les vaso-moteurs sont excités et les capillaires se contractent, d'où une diminution de la fluxion qui est la compagne habituelle de la douleur de dents.

Probablement ces deux modes d'action, qui concourent au même résultat, se combinent sur le vivant, au lieu d'agir isolément comme cela arrive sur le cadavre et dans les expériences physiologiques.

Ne faut-il pas aussi tenir compte des phénomènes d'électrolyse, de la modification moléculaire du nerf ? On arrive ainsi à comprendre comment le changement de direction du courant amène, lui aussi, un soulagement marqué, ainsi que le prouve l'observation VIII et quelques autres que je n'ai pas reproduites.

Tout en donnant ces explications il faut bien avouer que, dans

(1) J'ai fait construire un petit appareil portatif très-commode, d'un prix de revient presque nul et pouvant suffire aux besoins ordinaires de la pratique.

l'état actuel des choses, il n'est pas possible de fonder une théorie irréprochable de l'action thérapeutique du courant.

Qu'il nous suffise donc d'avoir constaté des guérisons, en attendant que la science puisse entièrement satisfaire notre légitime curiosité.

Les cas les plus remarquables sont ceux où la douleur est extrêmement vive ; ordinairement la sédation frappe par la soudaineté de son apparition. C'est ce qui se montre surtout chez les femmes, sans doute parce que, plus sensibles, plus nerveuses, la surexcitation chez elles est plus violente et aussi plus facile à calmer. J'ai cité moins d'hommes : c'est que le nombre de ceux qui se font extraire des dents est moindre, que la douleur chez eux est moins intense et qu'enfin la plupart préfèrent l'opération à un moyen qui soulage, mais n'empêche pas d'une manière absolue les récidives.

Quand la douleur est sourde, le soulagement n'offre pas cette transition brusque qui étonne, mais il apparaît tout aussi rapidement.

Un des premiers phénomènes qui annoncent l'action bienfaisante du courant consiste dans la disparition de l'embarras cérébral, de cette irradiation douloureuse qui s'étend à toute la face, ou plus loin encore, et qu'on peut attribuer à un réflexe de l'irritation morbide. Le point malade, source de la douleur, étant modifié, on comprend cette sédation réflexe.

Bientôt la dent qui était sensible au froid, au chaud, au toucher, perd cette sensibilité anormale, et la fluxion qui coexiste quelquefois disparaît elle-même.

Une sécrétion abondante de salive est un effet habituel du passage du courant dans les glandes.

Dans un nombre de cas très-restreint la douleur de dents a paru rebelle, momentanément du moins, car quelquefois elle a cédé lentement et progressivement après la galvanisation. Peut-être eût-on mieux réussi en variant le mode d'application. Au reste, il n'y a là rien qui surprenne : la douleur de dents est un phénomène morbide trop complexe pour que le même agent guérisse toujours à coup sûr.

Il arrive bien plus fréquemment que le calme ne dure que quelques heures ou quelques jours, et l'on a vu qu'une nouvelle électrisation a pu le rendre plus durable ou permanent. Il en eût été ainsi sans doute dans tous les cas, si le patient n'avait préféré

l'extraction à de nouvelles séances électriques, quand son éloignement ou ses occupations ne lui permettaient pas de recourir aisément à ce moyen thérapeutique.

Je n'ai pas remarqué qu'il y eût une relation évidente entre la forme de la douleur, sensibilité au froid, au chaud, et l'efficacité de tel ou tel procédé. Mais ce qu'il faut bien noter, c'est que l'odontalgie vraie guérit bien plus facilement que les autres douleurs qui lui ressemblent. Ainsi une femme, guérie en une seule séance de souffrances réellement dues à des dents cariées et sensibles, vient me trouver deux mois après pour des douleurs qui, elle me le dit elle-même, sont différentes des premières, occupent la moitié de la face et ne peuvent être attribuées à une dent spéciale. Deux électrisations ne produisent aucun effet.

Enfin, après avoir électrisé un nombre de personnes déjà considérable (près de cent), je puis offrir quelques conclusions.

On préférerait peut-être une statistique rigoureuse et complète ; mais qui ne sait qu'en dehors d'un hôpital il est impossible de suivre exactement tous les malades ? Du reste, j'ai voulu simplement faire connaître des faits qui offrent un certain intérêt et non présenter une étude achevée. De plus, j'espère poursuivre mes expériences ; j'espère aussi que d'autres électro thérapeutistes, venant confirmer ce que j'avance, sauront perfectionner ce que j'ai ébauché.

En résumé, pour traduire l'impression qui m'est restée de tout ce que j'ai vu, je crois pouvoir établir, comme expression de la vérité, que :

Dans l'odontalgie, si l'on prend un courant électrique continu ou constant, de 10 éléments en moyenne, et qu'on applique le pôle positif sur la joue, au niveau de la dent malade, et le pôle négatif sur la région antéro-latérale du cou, du même côté, on procure à peu près constamment et en quelques minutes un soulagement presque absolu, lequel persiste indéfiniment dans la majorité des cas.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du diagnostic des fractures et des luxations du coude, de la différence du traitement et des suites de ces lésions ;

Par M. le docteur DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc.

Si le diagnostic des fractures et des luxations du coude depuis Dupuytren a cessé d'être impossible, si des méprises grossières ne sont plus redoutables aujourd'hui, comme Boyer en exprimait la crainte, il n'a pas encore été démontré pourquoi et comment les fractures du coude laissent, malgré tous les soins imaginables, une grande rigidité, même certains obstacles à l'accomplissement intégral des mouvements de ce ginglyme, tandis que les luxations, une fois réduites, permettent presque aussitôt son libre exercice et ne laissent aucune trace de l'accident, même après les plus grands désordres articulaires.

C'est au point qu'Astley Cooper a pu dire avec raison de nos jours ce que disait Heister un siècle avant lui : « Mais, dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, après *le traitement le mieux dirigé*, les mouvements restent quelquefois *extrêmement gênés*. » (*Œuvres chirurgicales*, trad. de Chassaignac et Richelot, p. 178.) « L'humérus se casse près de ses articulations, ce qui en augmente le péril, car dans ce dernier cas elle entraîne de violentes douleurs, des tumeurs, des inflammations *et la cure en est très-difficile*. » (Heister, *Institutions de chirurgie*, t. I, p. 391, édit. 1770.)

Le sentiment de tous les chirurgiens à cet égard est unanime. Voici celui de Boyer : « La fracture simple de l'humérus n'est pas une maladie grave, à moins qu'elle ne soit située très-près de l'articulation inférieure de cet os ; dans ce cas, elle peut donner lieu à *des accidents inflammatoires plus ou moins dangereux, à l'engorgement des ligaments et causer une fausse ankylose*. Les complications dont cette fracture est susceptible, en raison de leur nature et de leur degré *ajoutent à son danger*. » (*Traité des maladies chirurgicales*, t. III, p. 193, 4e édit.)

Richerand s'exprime ainsi : « Cet accident consécutif (l'ankylose) n'est guère à craindre pour l'articulation éminemment mobile

de l'humérus avec l'omoplate. Mais il est d'autant plus *à redouter pour l'articulation* ginglymoïdale du coude que la fracture en est plus rapprochée. » (*Nosologie chirurgicale*, t. II, p. 125.) Sanson, cet esprit si judicieux, qui avait tant appris dans la pratique de Dupuytren, insiste pour prouver que les fractures voisines des articulations ne peuvent être considérées comme simples (Roche et Sanson, *Pathologie médico-chirurgicale*, t. IV, p. 257), et au sujet de la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, il déclare qu'elle présente des dangers lorsqu'elle avoisine l'articulation du coude. (*Ibid.*, p. 353.)

Vidal de Cassis n'a pas une opinion différente, puisqu'il dit : « La fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus est plus grave que celle du corps, à cause de la roideur qu'elle laisse dans le coude, roideur le plus souvent passagère, mais qui quelquefois va jusqu'à la fausse ankylose. » (*Traité de pathologie externe*, t. II, p. 229, 4e édit.) Je ne multiplierai pas davantage ces citations, qui reproduiraient toujours la même opinion sous des termes différents, d'autant qu'aucun de nos auteurs jusqu'ici n'a expliqué d'où venaient ces roideurs articulaires, et surtout les diverses espèces de difformités qui les compliquent, tandis que c'est la tâche que je me suis imposée, ayant pu, par les faits comparatifs des luxations et des fractures, juger des différentes conséquences de ces lésions.

Constatons d'abord ce fait, que tous les auteurs parlent de rigidité articulaire, même de fausse ankylose dans les cas de fractures les mieux traitées, lorsque, comme Dupuytren, ils ne rapportent pas des observations de cals difformes et d'incapacité de mouvements (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. I, p. 118) ; tandis que pour les luxations en arrière, les seules qui peuvent être confondues avec la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, aucun ne parle de roideur de l'articulation. J'en ai vu cependant deux exemples lorsque, contre toutes les règles de physiologie, on a maintenu le membre dans l'extension et trop longtemps dans la déligation. J'adressai un de ces cas à mon regrettable ami Bonnet (de Lyon), qui, malgré la section du triceps et les plus grands efforts, ne put rétablir que très-imparfaitement la flexion, et partant les mouvements de l'articulation du coude.

Il n'y a donc que les cas de luxations qui témoignent de la plus grande incurie ou ceux qui sont compliqués de fractures ou de luxations latérales, qui puissent entraîner une grande rigidité arti-

culaire. Mais il demeure constant qu'il est souvent très-difficile de distinguer une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus d'une luxation du coude en arrière ; car Dupuytren proclame que « si le gonflement et l'inflammation des parties malades ne permettaient pas de savoir s'il y a luxation du coude en arrière ou fracture, il convient d'agir absolument comme si l'on avait la certitude de l'existence de la fracture. (*Ibid.*, p. 127.) Il va même plus loin : « Si, dit-il, un médecin disait qu'il y a luxation et qu'un autre affirme qu'il y a fracture, on ne doit pas balancer de suivre l'avis de ce dernier, parce que, dans cette opinion, il ne laisse courir aucune chance de déformation, d'impotence et de maladies consécutives. » (P. 138.)

Evidemment, après de telles paroles exprimées par un chirurgien aussi habile que Dupuytren, il n'est que trop certain que le diagnostic entre les fractures et les luxations du coude est quelquefois tellement difficile, qu'il peut être impossible. Voyons si, par nos observations, nous ne pouvons pas ajouter quelques caractères, quelques signes plus précis pour mieux différencier ces deux lésions.

Dupuytren dit, et après lui Malgaigne : « Il y a un signe anatomique qui nous paraît infaillible chaque fois qu'on pourra le reconnaître : c'est que, quelle que soit la saillie de l'olécrane en arrière, elle n'est jamais plus éloignée des tubérosités humérales que dans l'état naturel, s'il y a fracture ; elle l'est beaucoup s'il y a luxation.» (*Ibid.*, p. 120 ; Malgaigne, *Traité des fractures et des luxations,* t. I, p. 534.) Vidal de Cassis s'appuie sur les mêmes symptômes : « Dans la fracture, les saillies osseuses situées en arrière de l'axe de l'humérus conservent leurs rapports naturels avec l'olécrane. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 229.)

Malheureusement, et Dupuytren l'avoue, le gonflement peut empêcher qu'on puisse constater ces saillies anatomiques, et tout le monde n'est pas également frappé de ces expressions : état naturel, rapports naturels ; il faut donc encore chercher d'autres caractères. Etablissons d'abord qu'il ne peut y avoir confusion entre les fractures du coude qui siégeraient à l'extrémité supérieure du cubitus ou du radius et les luxations ; que parmi celles-ci, celles en avant des os de l'avant-bras, si rares, ou celles internes et externes, entraînant des déformations si prononcées et si différentes de la fracture en question, il est impossible de supposer que quelqu'un puisse les confondre. Or je dis qu'avant d'avoir porté la main sur

le membre, le chirurgien peut, à la seule vue de la déformation, reconnaître déjà ou du moins avoir une certaine donnée pour diagnostiquer la luxation en arrière des os de l'avant-bras de la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Dans la fracture, le malade se présente souvent le bras en écharpe, demi-fléchi ou au moins plus du tiers fléchi ;

Dans la luxation, le membre est pendant le long du corps, le blessé n'osant pas souvent le soutenir lui-même avec l'autre main ou le soulevant en masse, de manière que le mouvement se fasse dans l'articulation scapulo-humérale ;

Dans la fracture, la tumeur que forme le coude est plus ou moins globuleuse, suivant le laps de temps écoulé et partant l'inflammation survenue ;

Dans la luxation, la déformation est plus particulièrement anguleuse ;

Dans la fracture, le pli du coude reste à peu près à son niveau, c'est-à-dire au-dessous de l'articulation ;

Dans la luxation, ce pli est au-dessus de son niveau ordinaire (Vidal de Cassis) ;

Dans la fracture, outre que l'avant-bras se montre fléchi, il est en pronation ou au moins en demi-pronation ;

Dans la luxation, il est en supination, ainsi que l'indiquent pareillement Richerand et Samuel Cooper ;

Si alors le chirurgien porte la main sur l'avant-bras et qu'il tende à le mouvoir, à l'impression de résistance ou de mouvement il doit juger s'il s'agit de luxation ou de fracture.

Dans la luxation, les os de l'avant-bras, arc-boutés contre la partie postérieure de l'humérus, font éprouver une égale résistance soit pour le fléchir, soit pour l'étendre ;

Dans la fracture, l'articulation n'étant pas détruite, comme dit Malgaigne, les mouvements de flexion et d'extension sont toujours possibles, faciles même, et en portant l'avant-bras fortement en arrière on peut comprendre que les limites articulaires sont dépassées, tandis qu'on peut en même temps distinguer l'angle formé en avant par les deux fragments.

Je fais même abstraction de la crépitation, sur laquelle Astley Cooper et Dupuytren insistaient tant, puisqu'ils la regardaient comme pathognomonique, ce qui est très-vrai. Mais souvent le gonflement empêche qu'elle ne se produise ; il est toujours douloureux

de la provoquer et le décollement de l'épiphyse, chez les enfants, présentant moins d'aspérités, ne la produit pas d'ordinaire.

Je dis d'ailleurs qu'on peut s'en dispenser. En effet, qu'il s'agisse d'une luxation ou d'une fracture, il faut réduire. Or j'ajoute que, dans l'opération de la réduction, aurait-on conservé quelque doute, il doit céder devant les faits suivants :

Dans la luxation, la résistance est ordinairement plus grande ;

Dans la fracture, elle l'est moins ;

Dans la luxation, les os en rentrant dans leur position normale, c'est-à-dire l'olécrane et l'apophyse coronoïde dans les cavités respectives de l'humérus, la poulie humérale dans son engrenage cubital, le condyle dans la cupule sigmoïde du radius, toujours par un mouvement brusque, rapide et subit, font un bruit que souvent les assistants entendent et un choc que le chirurgien sent dans ses mains comme par une sorte de mouvement de recul ;

Dans la fracture, rien de subit, point de choc, point de recul. La réduction étant même opérée, il faut que la main du chirurgien presse en divers sens pour affronter les surfaces osseuses ;

Dans la luxation, une fois le bruit entendu, le choc senti, tout est à sa place, il n'y a plus que la cicatrisation des ligaments rompus à attendre et elle s'effectue rapidement ;

Dans la fracture, l'inflammation est plus à redouter et, par l'incertitude de la direction de la solution de continuité, on ne saurait être aussi certain de la juxtaposition des surfaces osseuses ;

Dans la luxation, la reproduction du déplacement est impossible, à moins d'une imprudence notoire, c'est-à-dire d'une extension forcée, ou qu'il y eût en même temps fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, comme A. Bérard en a vu un exemple ;

Dans la fracture, un déplacement, jusqu'au quinzième jour, est toujours possible et par conséquent à craindre ;

Dans la luxation, à cette époque tous les mouvements et les fonctions du membre sont rétablis ;

Dans la fracture, le membre doit être encore longtemps dans la déligation, et lorsqu'il est mis en liberté il conserve une rigidité toujours assez longue ;

Dans la luxation, la réduction une fois effectuée, le gonflement ne persiste pas et les douleurs peu vives s'amendent rapidement ;

Dans la fracture, le gonflement inflammatoire persiste plusieurs

jours, les douleurs sont vives et empêchent le sommeil pendant quelques nuits ;

Dans la luxation, il est rare que l'on soit obligé le lendemain d'enlever le bandage roulé ;

Dans la fracture, la douleur y oblige souvent et la prudence rend indispensable de refaire fréquemment le pansement pour vérifier l'état du membre, pour modifier la striction suivant le gonflement, la violence de l'inflammation survenue, la sensibilité individuelle. C'est au point que, pour pareille fracture, chez un enfant qui fit une chute à Valensole, un bandage trop serré et non vérifié le lendemain amena la gangrène du membre, exigea l'amputation et entraîna la mort. M. Tillaux, dans la *Gazette des hôpitaux*, rapportait naguère une gangrène sèche de l'avant-bras pour pareille fracture chez une fille (*Gazette des hôpitaux*, n° 116, 1871). Dupuytren, M. Champion, Malgaigne citent, chez des enfants, des cas de mort pareils. Enfin, l'enfance seule est déjà un indice pour croire à une fracture ou à un décollement de l'épiphyse plutôt qu'à une luxation.

Au reste, il n'y a pas jusqu'au mode de réduction qui ne doive éclairer définitivement le praticien sur la différence de ces lésions.

Dans la luxation, pendant que les aides pratiquent l'extension et la contre-extension, je me place en dehors du membre ; et aussitôt que l'extension a dégagé les os de l'avant-bras et rendu au membre sa longueur, je place mon avant-bras fléchi à moitié et droit devant le pli du coude pour représenter *la quenouille du lit* dont se servait J.-L. Petit, tandis que mon autre main, empoignant l'avant-bras du blessé à sa partie dorsale, au-dessus de celles des aides, indique à ceux-ci le moment où il faut fléchir le membre et le plier à angle droit. Or c'est à ce moment que l'on entend le bruit du choc des os rentrant dans leurs cavités et engrenages respectifs.

Dans la fracture, les aides agissent de même et, me plaçant toujours en dehors du membre, une de mes mains embrasse le bras, de manière que les quatre doigts soient au-devant du pli du coude et le pouce en arrière sur l'olécrane, de sorte qu'en pressant avec cette seule main j'agisse en sens inverse du déplacement des fragments. L'autre main est toujours à la partie externe de l'avant-bras, pour donner aux aides le signal de la flexion ou pour l'exécuter moi-même, s'il s'agit d'un enfant. La flexion obtenue et

maintenue par les aides, les deux mains arrivent alors au coude pour s'assurer, s'aider à exécuter ou maintenir une coaptation exacte.

Produisons une histoire seulement de chacune de ces lésions pour en distinguer mieux, si c'est possible, les phénomènes et les conséquences.

Premier fait. *Luxation complète du coude.* — Il y a trois ans, un plancher s'écroule sous les pieds de M. X***; il se fracture la jambe gauche immédiatement sous le genou et se luxe l'avant-bras du même côté. Appelé aussitôt, je constate qu'il a le bras pendant le long du corps, très-raccourci, la main en supination et qu'il ne peut plier le coude. Transporté chez lui et déshabillé, je constate la saillie anguleuse des os de l'avant-bras en arrière, particulièrement celle de l'olécrane, au-dessus de laquelle on sentait un vide anormal. La tête du radius se sentait un peu au-dessous du niveau de l'olécrane et en dehors. Le pli du coude était plus élevé qu'à l'ordinaire et presque effacé d'ailleurs. Enfin, le raccourcissement du membre était tel, que l'extrémité des doigts du blessé n'atteignait pas le siége sur lequel il était assis. L'avant-bras était dévié en dedans et formait un angle, léger toutefois, dont la saillie tournait en dehors.

La réduction étant pratiquée, comme je l'ai indiqué plus haut, au moment où l'extension fut complète et que je ramenai le bras dans la flexion, les assistants entendirent parfaitement, ainsi que le blessé, le bruit de la rentrée des os dans leurs cavités respectives. Le bras fut plié et le jeu de l'articulation entièrement rétabli. Je maintins l'avant-bras dans la demi-flexion, plaçai un bandage roulé pour faciliter la résolution de l'inflammation, soutins le bras par une écharpe et, au bout de quinze jours, le malade pouvait se servir de son bras comme auparavant ; il éprouvait seulement quelques légères douleurs dans certains mouvements exagérés.

Il m'est arrivé de réduire de pareilles luxations et de ne plus revoir les malades, qui se trouvaient parfaitement bien ; tandis que j'ai vu des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus traitées par divers confrères, qui étaient plus ou moins difformes et le membre impotent.

Deuxième fait. *Décollement de l'épiphyse inférieure de l'humérus et luxation en arrière du radius.* — Un enfant de dix ans tombe d'un âne sur les cinq heures du soir et je ne suis appelé à le voir et à le panser qu'à neuf heures. On avait entouré le coude de mouchoirs trempés dans de l'eau froide et la seule circonstance de voir le membre fléchi et en écharpe me fit présager une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus ou bien un décollement de l'épiphyse. Le coude était très-tuméfié, globuleux et douloureux ;

le pli du coude était à peu près à son niveau, l'olécrane sur la même ligne que l'épitrochlée et l'épicondyle caché par une saillie qui ne pouvait être que la tête du radius ayant passé en arrière, circonstance qui me fit penser, comme c'est très-ordinaire, que l'enfant était tombé sur la main, le coude demi-fléchi et l'avant-bras en pronation, de sorte que le choc avait agi essentiellement sur le radius, dont la tête en se luxant avait déterminé le décollement de l'épiphyse de l'humérus. Quoi qu'il en soit, la réduction fut facile, elle s'effectua sans bruit, et le membre demi-fléchi ayant repris sa forme normale, je l'entourai d'un bandage roulé et plaçai par-dessus un moule en carton comme le pratiquaient Boyer, et mon illustre maître le baron J. Cloquet, et comme le conseille encore de nos jours M. Nélaton. Mais malgré la précaution que je pris de ne pas trop serrer le bandage roulé, le petit malade souffrit et ne dormit pas de toute la nuit. Aussi, le lendemain, je me hâtai de vérifier le membre dont le coude était chaud, toujours tuméfié. Je refis ainsi le pansement tous les deux ou trois jours jusqu'au dixième, pour l'approprier à l'état inflammatoire de la partie; plus tard, seulement chaque fois que le bandage me parut endommagé par les mouvements de l'enfant, qui tendait toujours à baisser son avant-bras, c'est-à-dire à diminuer l'angle que formait son coude.

Enfin j'enlevai le bandage vers le trentième jour et je constatai de la roideur ainsi qu'une certaine déformation du coude, bien que l'olécrane, comme l'indiquent les auteurs, ne fit aucune saillie en arrière de l'épitrochlée et du condyle huméral. Seulement à première vue, chose qui me paraissait étrange, la distance de l'olécrane à l'épitrochlée me semblait un peu plus rapprochée que sur l'autre membre et légèrement plus éloignée du condyle.

Plus d'un an après, avant de clore cette observation, j'ai voulu vérifier de nouveau le bras de cet enfant et me rendre raison de sa légère difformité par des mesures exactes, et voici ce que je viens de trouver. D'abord, il exécute sans peine, sans gêne, tous les mouvements nécessaires, il porte sa main derrière la nuque, sur le derrière de la tête, exactement comme l'autre membre; demi-fléchi et la main en pronation, c'est-à-dire dans la position où il a été maintenu pendant la déligation, il a la forme la plus normale. Ce n'est qu'étendu qu'il présente au coude une saillie anguleuse en dehors et rentrante en dedans; et cependant un cordon partant de la coulisse bicipitale de la tête de l'humérus jusqu'au milieu du poignet partage le pli du coude de manière que du côté interne de ce cordon jusqu'à la saillie de l'épitrochlée, il y a 2 centimètres et demi et, du côté externe, 3 centimètres depuis ledit cordon jusqu'à l'éminence du condyle. Or les distances du côté sain sont exactement les mêmes. En arrière de l'olécrane à l'épitrochlée on mesure 2 centimètres et demi et de cette même saillie médiane à l'épicondyle 4 centimètres. Pareillement du côté sain.

Les rapports articulaires sont donc exacts et il ne saurait en être autrement, puisque les engrenages de la cavité coronoïde et olécranienne du cubitus ne sauraient rester à cheval sur les saillies de la poulie humérale sans montrer la dislocation la plus saillante, changeant tous les rapports articulaires, tandis que dans l'extension qui se fait complétement, l'olécrane se cache dans la cavité qui lui correspond et reste sur la ligne des tubérosités humérales. D'autre part on ne découvre pas, en pressant profondément les chairs au pli du coude, la plus petite saillie qui pût indiquer un cal anguleux en avant. On ne peut donc s'expliquer la légère difformité que nous signalons que par la rotation de l'épiphyse qu'aurait, dit-on, aussi entrevue Guersant, rotation qui doit nécessairement s'effectuer en dedans, entraînée qu'elle est par l'avant-bras demi-fléchi et maintenu en écharpe sur le tronc du malade. En effet, la continuité de l'humérus étant détruite, le mouvement de rotation ne peut plus s'effectuer dans l'articulation de l'épaule, et l'avant-bras plié, placé en écharpe sur le tronc, entraîne nécessairement en dedans (pour faire dès lors saillie en dehors) le fragment inférieur huméral qui tient à l'avant-bras. Il est impossible d'expliquer autrement la légère saillie anguleuse du coude de notre petit malade en dehors pendant l'extension, parce que dans la position fléchie de l'avant-bras sur le tronc, l'épiphyse a été entraînée en dedans et a roulé sur l'extrémité arrondie de la diaphyse humérale qui est restée immobile. Ce qui atteste encore qu'il en est ainsi, c'est qu'en restituant au membre la position fléchie, toute difformité disparaît. L'inconvénient est donc découvert, et partant il est indispensable de trouver un procédé nouveau par lequel une telle rotation soit impossible.

Il est d'autant plus nécessaire de remédier à cette difformité (quoique légère et sans inconvénient pour les fonctions du bras), qu'elle est le résultat de la pratique la plus accréditée et que le fait que nous signalons est passé inaperçu, même pour les yeux de nos plus grands chirurgiens, puisque M. Nélaton s'exprime ainsi : « Il est un point sur lequel les chirurgiens sont tous d'accord : ils reconnaissent la nécessité de la position demi-fléchie pour prévenir les graves inconvénients qu'entraînerait un bras ankylosé dans l'extension. » (*Eléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 723.)

De telle sorte que les chirurgiens ont eu en vue d'abord de prévenir l'ankylose dans l'extension du bras, plus tard la rigidité ou

la fausse ankylose dans la position fléchie. C'est ainsi que M. Benjamin Anger qui, dans son article sur les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V, 1866), n'ajoute rien à la symptomatologie de cette lésion, se préoccupe surtout de la rigidité, insiste sur la nécessité d'imprimer à l'articulation des mouvements précoces, se borne à proposer le bandage amidonné articulé de M. Morel-Lavallée, sans mettre jamais en question de changer la position du bras fléchi et maintenu sur le thorax.

Or voici ce que je me propose de faire à l'avenir en cas semblable, et que je livre à la réflexion et à l'étude de mes confrères, pour m'aider dans des difficultés qui ont paru insurmontables ou ont échappé à la clairvoyance des plus habiles, même de Dupuytren, qui le premier a appliqué les lumières de son génie à la question, laquelle, comme on voit, n'est pas entièrement éclairée, puisque, en l'état, la science ne répond pas à toutes les exigences de la pratique. Ce serait, une fois la fracture réduite, de plier l'avant-bras parallèlement sur le bras, de manière que la main touche presque le moignon de l'épaule ; une compresse en quelques doubles serait seulement interposée dans le pli du coude pour repousser mieux encore en arrière le fragment huméral inférieur et absorber les sécrétions de la peau et en prévenir l'excoriation ; de placer sur l'épaule un coussin quelconque afin que la main fût soutenue et que la flexion du coude ne fût pas portée trop loin pour être douloureuse. Enfin le tout, maintenu par un bandage, dont un bonnet de coton, à l'exemple de Mayor (de Lausanne), pour les fractures de la clavicule, recevrait le coude, pendant qu'une bande fixée au bonnet monterait en doloires jusqu'à l'épaule et la main, embrasserait le bras et l'avant-bras, arriverait jusqu'à la base de ce cône renversé et se fixerait en 8 de chiffre autour du cou.

De cette manière le parallélisme des os de l'avant-bras étant parfait entre eux et avec l'humérus, il n'y aurait aucune rotation entre les fragments de la fracture, et la consolidation ne saurait présenter la difformité que nous signalons. Les os de l'avant-bras, aidés de la compresse graduée dans le pli du bras, rempliraient la fonction de l'attelle antérieure qu'employait Dupuytren, tandis que son attelle postérieure, qui se dérange si souvent, dit Malgaigne, deviendrait inutile parce que l'action du triceps étant annihilée par la position, ne saurait favoriser un déplacement en arrière.

Pourrait-on craindre qu'une flexion ainsi forcée ne devînt trop fatigante ; que, trop aiguë, elle ne gênât la circulation artérielle ou veineuse ? Je ne le pense pas. Les coussins interposés dans le pli du coude entre le moignon de l'épaule et la main diminueraient l'acuïté de l'angle de flexion, pendant qu'il serait loisible, après le second septénaire, de modifier cette position et même de mettre quelquefois le bras en écharpe ou de placer pendant quelques instants l'avant-bras à angle droit. Si, au contraire, cette position était parfaitement supportée, on pourrait alors rendre le bandage inamovible en passant par-dessus des bandes amidonnées. Enfin, au besoin, ne pourrait-on pas faire construire des attelles en forme de V plus ou moins ouvert, dans lequel le bras reposerait et porterait par ses parties postérieures, en y joignant alors l'attelle antérieure de Dupuytren ? On éviterait ainsi cette dure nécessité qui obligea de Lamotte à faire garder jour et nuit un enfant par deux servantes. Seulement, je crois qu'après quinze jours il serait toujours bon de suivre le conseil d'Astley Cooper, de faire exécuter quelques mouvements à l'articulation pour éviter l'ankylose ou la rigidité articulaire. Rien n'empêcherait même d'adapter une articulation à ce V, pour faire exécuter des mouvements précoces, qui pourraient être plus exacts et moins dangereux qu'avec les bandages amidonnés et articulés de M. Morel-Lavallée (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LVIII, 1860) que préconise M. Benjamin Anger.

Toujours est-il qu'en l'état des difficultés qui existent dans cette sorte de fracture, pour parvenir à une consolidation sans aucune espèce de difformité, la chirurgie doit tenter tous les moyens ; car j'ai vu plusieurs de ces lésions, traitées par des médecins habiles, présenter des consolidations fort vicieuses, comme en font foi les observations consignées dans les *Leçons cliniques* de Dupuytren. Il est d'autant plus urgent de perfectionner nos moyens d'action, en pareilles circonstances, que dans nos campagnes on ne pardonne guère la moindre difformité aux fractures traitées par les médecins, tandis qu'on excuse à des rebouteurs les fautes les plus grossières. De ce que ceux-ci assurent avoir guéri, séance tenante, des côtes luxées ou fracturées, ramené au genou la noix (rotule) qui était descendue jusqu'au bas de la jambe, toutes choses impossibles, on les excuse parfaitement d'avoir méconnu des luxations du bras, du coude, de la hanche. J'ai vu à Valensole une dame portant une luxation du bras non réduite croire qu'on ne pouvait mieux faire,

et à Gynasservis, mon estimable confrère M. Giraud m'a fait voir deux luxations du coude dont l'olécrane saillissait d'un travers de doigt en arrière, et qui rendaient impotents un homme et une dame. Faits nombreux qui n'empêchent pas l'admiration populaire pour ces rebouteurs auxquels on attribue un don de Dieu, lorsqu'ils ont une conscience infernale.

CHIMIE ET PHARMACIE

Préparation de la pommade mercurielle double ;

Par M. Bouilhon, pharmacien de première classe.

La pommade mercurielle double est composée de poids égaux de mercure et de corps gras : on éteint le mercure par trituration dans un quart du corps gras ; dès que cette opération est terminée, on mélange les trois autres quarts restants ; une petite quantité de cette pommade, frottée sur un papier non collé, ne doit laisser apercevoir aucun globule de mercure, même à la loupe.

Cette préparation paraît bien simple, à première vue ; mais il est loin d'en être ainsi. Le mercure ne s'incorpore que très-difficilement avec la graisse, à cause de sa densité, à peu près quatorze fois plus considérable, qui tend à le ramener au fond du mortier et à faire surnager le corps gras.

Ce médicament doit toujours être préparé par le pharmacien, car il peut ou être falsifié par des matières capables de lui donner un aspect trompeur, ou ne pas contenir la proportion voulue de mercure, ou même être mal préparé en vue d'abréger la durée de la manipulation, ainsi que nous le verrons plus loin. En effet, une foule de procédés ont été indiqués afin d'arriver à une rapide extinction du mercure, et le laps de temps exigé pour la préparation d'une quantité de 4 kilogrammes par exemple de pommade mercurielle double est estimé par les uns à une quinzaine de jours, par d'autres à six ou huit jours ; d'autres enfin considèrent la préparation comme devant être facilement terminée dans l'espace d'une journée.

De tous les moyens accélérateurs indiqués, il n'y en a que fort peu d'acceptables ; nous allons du reste les passer en revue, ils sont

assez nombreux. Ils consistent : — à éteindre le mercure dans de vieux résidus de toutes sortes de pommades : avec de la graisse rance ; avec de la pommade mercurielle rance ; avec un mélange de graisse et de pommade citrine ; avec un mélange de graisse et d'oxyde de mercure ; avec de la graisse additionnée d'une solution d'un sel de mercure ; avec de la graisse ayant subi l'action du chlore ; avec de la graisse oxydée par l'acide azotique ; avec de la graisse altérée par l'action de la chaleur ; avec du styrax ; avec de la térébenthine ; avec des extraits, tels que ceux de saponaire, de salsepareille ou de bois de Panama ; avec des mucilages ; avec de l'huile d'œufs ou d'amandes ; — à introduire le mercure et la moitié de son poids de corps gras dans une bouteille de fer chauffée, à agiter le mélange jusqu'à ce qu'il devienne sirupeux, à le sortir et à le battre dans un mortier ; — à éteindre le mercure avec un sixième de son poids de pommade mercurielle double ; — à fondre de l'axonge, à la couler dans l'eau froide pour la solidifier sous forme de lames minces présentant une grande surface, à placer ce corps gras à la cave sur un tamis pendant quinze jours ou trois semaines et s'en servir ensuite pour l'extinction du mercure.

Le nouveau Codex prescrit de fondre 460 grammes d'axonge benzoïnée avec 40 grammes de cire blanche, d'en verser une portion (non déterminée) dans une marmite de fonte, de la maintenir en consistance demi-liquide, d'y éteindre le mercure et d'ajouter alors le restant du corps gras.

Tout procédé qui repose sur l'emploi de corps rances doit être rejeté ; l'adjonction d'acides ou de corps étrangers accélérateurs ne peut pas plus être admise ; on doit donc s'arrêter à l'examen de ceux où il entre seulement des corps gras non altérés et du mercure. Suivant plusieurs expérimentateurs, l'agitation dans une bouteille de fer préalablement chauffée ne réussirait bien qu'autant que cette bouteille aurait déjà servi à une préparation précédente et contiendrait par conséquent, accolée à ses parois, de la pommade vieille et oxydée. L'extinction du mercure dans un sixième de pommade mercurielle double d'une préparation précédente, ou l'emploi de la graisse coulée et aérée pendant trois semaines, sont les deux procédés les plus rapides et les plus acceptables, puisqu'il n'y a introduction d'aucun corps étranger ; mais les pommades obtenues ainsi ne tardent pas à s'altérer, par la

raison que la graisse aérée ou la pommade mercurielle d'une préparation précédente introduisent dans la masse un germe de rancidité qui ne permet pas de garder longtemps le produit en bon état. Aussi le nouveau Codex prescrit-il l'emploi de l'axonge benzoïnée afin d'éviter cet inconvénient.

Le procédé du nouveau Codex donne un très-bon produit, qui se conserve bien ; mais il faut beaucoup, même énormément de patience pour arriver à la division complète du mercure. Après quinze jours d'efforts quotidieus on n'obtient qu'une pommade d'un noir bleu, possédant un reflet presque métallique, et qui est loin d'avoir l'aspect mat de la bonne pommade mercurielle. L'axonge récente benzoïnée est à peu près rebelle à la division du mercure et quand, après une journée de trituration, on croit approcher du but tant désiré, on est complétement désillusionné le lendemain matin, lorsqu'on se remet à la préparation et qu'on voit couler de nombreux globules de mercure. Pour achever l'extinction, il faut laisser la pommade en préparation pendant plus de trois semaines en la remuant de temps en temps de façon à renouveler souvent les surfaces en contact avec l'air. Tout corps gras qui n'a pas été aéré n'éteint pas le mercure ; il ne peut que le diviser difficilement en donnant un produit qui conserve en partie l'aspect métallique. Si donc on essaye d'éteindre du mercure avec un corps gras, cette extinction ne pourra s'effectuer qu'à mesure qu'il s'aérera par le battage, et le temps exigé sera d'autant plus long que le corps gras était plus fraîchement préparé ; si le corps gras est benzoïné, cet effet sera encore plus marqué.

L'expérience suivante permet de s'en rendre facilement compte. On prépare de l'axonge avec tous les soins désirables, on ne la benzoïne pas. Dès qu'elle est refroidie, on la place sur un vase à l'abri de la poussière, mais de façon à ce qu'elle subisse l'action de l'air sur une large surface. On l'essaye tous les jours ; les premiers, elle est complétement incapable d'opérer l'extinction du mercure ; mais cette faculté se développe graduellement, et après un laps de temps d'environ trois semaines à un mois, elle la possède à un haut degré sans pourtant avoir d'odeur rance.

Nous savons que le procédé du Codex, quoique d'une longueur désespérante, fournit un excellent produit, grâce à l'emploi de l'axonge benzoïnée ; nous savons également que parmi les moyens accélérateurs il en existe deux très-rapides, mais donnant un pro-

duit de conservation douteuse : l'extinction par de la pommade mercurielle ou par de l'axonge aérée. En se basant sur ces faits on arrive facilement à un nouveau procédé donnant une pommade qui se conserve bien et dont la préparation n'exige qu'une manipulation très-abrégée.

Mercure.	2 000
Axonge aérée non rance, non benzoïnée. . .	1 840
Cire blanche.	160
Pommade mercurielle benzoïnée non rance .	120
Benjoin.	20
Alcool	30

On place le mercure dans un mortier de marbre avec la pommade mercurielle et le quart de l'axonge aérée, on triture le tout à l'aide d'un pilon de bois ; l'extinction se fait très-rapidement, ordinairement en moins d'une demi-heure. Il faut avoir soin, dès que le mercure est à peu près incorporé par mélange, d'agir en frappant avec le pilon, comme s'il s'agissait d'écraser une substance dure ; on arrive de cette manière à éteindre le mercure bien plus rapidement que si l'on se contentait de le promener circulairement dans le mortier. Dès qu'une petite portion de pommade frottée sur un papier non collé ne laisse apparaître aucun globule de mercure, on ajoute par portions le reste de l'axonge aérée qu'on a fondue avec la cire et refroidie presque complétement, en agitant pour éviter les grumeaux ; on y verse ensuite le benjoin dissous dans l'alcool et on l'incorpore exactement.

L'action réunie de l'axonge aérée et de la pommade mercurielle permet d'arriver à une extinction très-rapide ; mais comme le produit serait susceptible de s'altérer, on le benzoïne lorsque la préparation est terminée, pour en assurer la conservation et obtenir une pommade semblable à celle du Codex.

Nouveau moyen de masquer la saveur de l'huile de foie de morue ;

Par MM. Carre et Lemoine.

Malgré les essais tentés jusqu'à ce jour pour désinfecter l'huile de foie de morue, pour la gélatiniser ou pour la solidifier, on n'a pas encore bien réussi à ôter le goût de ce médicament, qui répugne à beaucoup de malades, surtout aux adultes. Il n'y a que les cap-

sules qui aient résolu le problème, mais les capsules sont très-grosses et il faut en avaler un trop grand nombre pour prendre une quantité d'huile suffisante.

MM. Carre et Lemoine ont eu l'idée de mettre l'huile de foie de morue dans des pains. Ils emploient cette substance dans la panification. Chaque livre de pain renferme 75 grammes d'huile de foie de morue ou cinq cuillerées d'huile, et 90 grammes de lait environ. On fait des petits pains qui ont deux cuillerées d'huile seulement, et qui pèsent 150 grammes. Ces pains ont une pâte très-blanche, sont d'un aspect extérieur agréable, et ont à peine de saveur dans la bouche. Les enfants et les adultes les mangent avec plaisir.

Tous les jours, trente-quatre petits pains sont donnés à l'hôpital des Enfants malades dans le service de M. Bouchut, et sans exception tous les enfants les mangent avec plaisir. Ils les réclament avec instance lorsqu'on les apporte et en font leur déjeuner. La digestion en est facile et ne provoque aucun dégoût, ce qui semble indiquer que leur emploi est très-facilement supporté. En ville, des adultes en ont fait leur nourriture, et chez eux la tolérance n'a pas été moins complète.

En résumé, on peut maintenant donner quatre et cinq cuillerées par jour d'huile de foie de morue, incorporée dans le pain qui sert aux repas, avec les autres aliments.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Accidents produits dans une préparation d'acide chromique.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 15 juin du *Bulletin de Thérapeutique*, il est question d'un fait signalé par M. Perret, à savoir : d'*accidents toxiques pouvant résulter de la préparation de la propylamine*. Permettez-moi de rapprocher de cette observation un fait d'accidents produits dans une préparation d'acide chromique. J'avais prescrit la formule suivante :

Acide chromique cristallisé.	4 grammes.
Eau distillée	4 —
Glycérine.	8 —

F. S. A.

Le pharmacien, après avoir dissous les cristaux d'acide chromique dans l'eau distillée, versa dans la solution, et presque en une seule fois, la totalité de la glycérine en agitant le mélange. Immédiatement et instantanément ce mélange, qui était dans une forte capsule de porcelaine, s'enflamma et fut projeté à plus de 1 mètre de distance en produisant un très-léger bruit de détonation ; heureusement personne ne fut blessé.

L'expérience fut répétée, mais alors avec la modification suivante : au lieu de verser brusquement et en une seule fois la glycérine dans la solution d'acide chromique, la glycérine fut ajoutée goutte par goutte ; le mélange s'échauffa, mais il ne se produisit aucun accident.

J'ai pensé que ces faits, sans qu'ils présentent rien de bien nouveau, pouvaient être bons à signaler à vos lecteurs ; c'est pourquoi je m'empresse de vous les communiquer.

Veuillez agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance, etc.

J. Mascarel,
Médecin consultant aux eaux du Mont-Dore.

Bains du Mont-Dore, juin 1873.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par M. L. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité et de l'hôpital Rothschild, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, commandeur de la Légion d'honneur; J.-B. Baillière et fils, 1873.

On ne s'est pas occupé bien longtemps de chirurgie sans s'apercevoir que la clinique est, de toutes les branches de notre science la partie la plus difficile. La clinique, en effet, n'est-elle pas la synthèse de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la médecine opératoire; que le clinicien doit posséder à fond? Il doit aussi avoir observé un grand nombre de malades, pour bien reconnaître et apprécier les nuances qui distinguent les cas les uns des autres, et cela ne peut se faire sans l'aide du temps. Un bon livre de clinique est donc essentiellement un produit de l'âge mûr. Les conditions de savoir, d'expérience, ne sont pas les seules ; il faut en-

core au vrai clinicien un jugement sain et un profond esprit d'observation, qualités naturelles que développent le temps et le travail, mais qu'ils sont impuissants à donner. On peut juger, d'après ces quelques mots, si l'ouvrage du professeur Gosselin est un bon ouvrage. Depuis tant d'années M. Gosselin nous donne à tous l'exemple du travail le plus soutenu; ce n'est qu'après avoir enseigné longtemps l'anatomie, la pathologie externe, qu'il a abordé la chaire de clinique, et quiconque a eu, comme nous, le bonheur de recevoir les leçons de ce vénéré maître, a pu apprécier le bon sens exquis, la sûreté de jugement, l'immense talent d'observation qu'on retrouve à chaque page du livre et qui en font la caractéristique. Qui ne serait frappé aussi de la grande bonne foi de l'auteur? Ce n'est pas lui qui se chargerait de tout comprendre, deviner, expliquer; les desiderata de la science, il les signale à chaque instant. On ne s'instruit pas seulement en rencontrant une foule de faits et d'aperçus nouveaux, résultats d'une longue et intelligente pratique; le livre fournit encore ample matière à réflexions par les nombreux problèmes que l'auteur propose à ses élèves en laissant à l'avenir le soin de les résoudre, et ce n'est pas un des moindres mérites de l'ouvrage que de fournir à la jeune génération des sujets de travail et de méditation. Ainsi que l'auteur a soin de le faire remarquer dans sa préface, c'est un vrai livre de clinique qu'il publie et non pas un livre de pathologie sous la rubrique : *Clinique.* C'est la clinique comme l'ont faite Dupuytren, Velpeau, Nélaton, etc.

On en pourra juger du reste par l'analyse qui suit. L'ouvrage se compose de deux forts volumes.

Premier volume. — 1° Sept leçons y sont consacrées aux *maladies chirurgicales de l'adolescence*, que jusqu'à présent les auteurs n'avaient pas réunies dans un même groupe. M. Gosselin y développe cette opinion que les maladies du squelette observées à cet âge ont une certaine tendance à la repullulation, mais que cette tendance disparaît à l'âge adulte, et qu'en conséquence il n'y a pas trop à s'occuper de la question de récidive.

2° Dans les leçons consacrées aux *fractures simples de la jambe*, l'auteur fait connaître des complications consécutives peu décrites jusqu'à lui, savoir : la roideur articulaire, la faiblesse et l'atrophie des muscles, l'œdème, les douleurs de l'ostéite condensante et hypertrophiante qui persiste après la consolidation.

Pour ces complications consécutives, comme pour celles des fractures du radius, il fait ressortir l'influence de l'âge, et montre que chez les jeunes sujets les roideurs, les douleurs et l'impotence définitive sont bien plus rares que chez les vieillards, et même que chez les adultes un peu avancés dans leur carrière.

3° A propos des fractures du col du fémur, M. Gosselin démontre l'impossibilité du diagnostic entre les intra et les extra-capsulaires, et l'inutilité qu'aurait d'ailleurs ce diagnostic pour le pronostic et le traitement.

4° Les leçons consacrées aux fractures compliquées et aux fractures par armes à feu doivent être signalées pour les raisons suivantes, développées par l'auteur :

A. Le danger de ces sortes de blessures tient à la suppuration de l'os, et surtout à la forme putride de l'ostéo-myélite, et aux résorptions graves dont elles sont le point de départ.

B. Cette suppuration osseuse est, dans la plupart des cas, une conséquence de la propagation vers l'os de l'inflammation suppurative développée d'abord dans la plaie qui communique avec lui.

C. D'où cette conclusion pratique, que, dans les fractures avec petite plaie, l'occlusion est le traitement le plus avantageux, et que, dans les plaies par armes à feu, il vaut mieux ne pas faire les débridements qui en agrandissant la plaie augmentent les chances de la suppuration sur tout le trajet parcouru par le projectile.

5° Dans une série de leçons sur les *maladies des articulations*, l'auteur s'attache à démontrer les moyens de diagnostic à l'aide desquels le clinicien peut établir que l'arthrite a de la tendance à se terminer par la résolution, ou par l'ankylose, ou par suppuration. Il signale les indications du traitement fondées sur ce diagnostic, et cherche à vulgariser les mots d'*arthrite congestive*, *hydropique*, *plastique*, *suppurante* et *sèche*, à chacun desquels se rattachent et la notion de l'une des tendances qui viennent d'être indiquées et le traitement qui en découle.

C'est dans ce premier volume que se trouve une remarquable leçon sur la tarsalgie, maladie assez fréquente et dont nous devons la connaissance précise à M. Gosselin.

Deuxième volume. — 1° A propos des *phlegmons de la main* et de la *synovite des tendons fléchisseurs* (p. 1 et suiv.), l'auteur fait connaître les infirmités qui suivent ces maladies, et qui résultent des adhérences entre eux des divers tendons enveloppés par les

prolongements de la grande bourse synoviale du carpe. Il en déduit (p. 590) l'indication, pour les kystes hydropiques de cette bourse, d'éviter les moyens de traitement tels que les incisions et le séton, qui provoquent inévitablement l'inflammation suppurative.

2° A l'occasion des abcès post-puerpéraux de la mamelle (p. 47), l'auteur établit par la statistique de ses propres observations que, dans les hôpitaux, l'incision est quelquefois suivie d'érysipèle, que l'ouverture spontanée au contraire amène rarement cette complication, que cependant elle est suivie d'une guérison tout aussi rapide que l'ouverture artificielle, et le plus ordinairement sans fistules prolongées. Conclusion : dans les hôpitaux, surtout en temps d'épidémie, *ne pas ouvrir les abcès du sein.*

3° Dans ses leçons sur la tumeur et la fistule lacrymales, M. Gosselin développe cette opinion, appuyée sur la clinique, que l'indication à remplir dans le traitement est beaucoup moins mécanique que ne l'ont cru les chirurgiens depuis J.-L. Petit. Elle est bien plutôt dynamique et doit avoir pour but de faire disparaître, soit par une modification de la vitalité, soit par la destruction de la muqueuse, l'inflammation purulente du sac, qui est la lésion capitale dans ces maladies. Il assure que les guérisons obtenues à l'aide des procédés qui avaient pour objectif le rétablissement du cours naturel des larmes n'ont réussi que par le mécanisme ci-dessus, et à l'insu des chirurgiens qui traitaient les patients.

L'auteur considère la cautérisation du sac, et surtout la cautérisation avec le beurre d'antimoine, comme le moyen le plus sûr de conduire au résultat (la disparition de l'état catarrhal) ; seulement il a reconnu qu'une seule cautérisation était insuffisante et que le plus sûr moyen était de la renouveler deux ou trois fois, jusqu'à ce qu'on ait vu s'éliminer une eschare assez épaisse pour ne pas conserver de doute sur la destruction des glandules enflammées et la substitution probable d'une membrane cicatricielle à la muqueuse altérée.

4° Dans ses leçons sur la cataracte (p. 116), l'auteur expose les changements multipliés qu'on a fait subir aux opérations. Il fait une large part, pour expliquer ces changements, à la nature même de l'opération : *une lésion traumatique de l'œil chez un vieillard,* et il est d'avis qu'aucune méthode ne peut donner les résultats favorables indiqués dans les statistiques. Il donne d'ailleurs les mo-

tifs pour lesquels, dans les hôpitaux au moins, l'extraction avec iridectomie est préférable. Le principal, c'est qu'il lui paraît démontré par l'observation clinique que l'excision de l'iris, contrairement aux prévisions de la théorie, préserve, dans une certaine mesure, de l'inflammation suppurative, qui est l'accident le plus redoutable après les opérations de cataracte.

5° Dans les treize leçons consacrées aux maladies des voies urinaires, M. Gosselin subordonne la thérapeutique de ces maladies à cette notion vulgarisée par les travaux de MM. Sédillot, Maisonneuve et autres, que les accidents fébriles occasionnés par l'introduction des instruments dans l'urèthre et la vessie sont dus à la résorption de l'urine plus ou moins altérée et à une septicémie particulière qui en est la conséquence.

6° Dans les leçons consacrées (p. 363 et suiv.) aux *formes et* aux *terminaisons insolites de l'orchite*, l'auteur signale des faits pratiques rares, embarrassants pour ceux qui les observent, et dont la description manquait dans la plupart de nos traités classiques, notamment : *la forme névralgique de l'orchite blennorrhagique*, *l'orchite de la masturbation*, *l'orchite avec inversion*, *celle qui survient dans les cas d'inclusion inguinale*, *l'inflammation du vas aberrans.*

7° Dans ses leçons sur *l'hématocèle vaginale*, M. Gosselin signale les dangers de la suppuration et l'indication de l'éviter dans le traitement. Il insiste en même temps sur la gravité moindre de cette suppuration, lorsqu'elle préexiste à l'ouverture de la poche, que dans les cas où elle suit de très-près cette ouverture.

8° Les mêmes pensées, appuyées toujours sur l'observation, ont inspiré la pratique et les leçons de M. Gosselin sur *les kystes et leur traitement*. Eviter autant que possible l'inflammation suppurative ; si elle doit avoir lieu, faire en sorte qu'elle se développe avant l'ouverture de la poche. Ces vues sont développées (p. 549 et suiv.) à propos des kystes hydatiques de l'avant-bras et du foie, des kystes du corps thyroïde, de l'hygroma sous-deltoïdien.

9° Dans les leçons consacrées aux tumeurs (p. 630 et suiv.), il y a à remarquer la leçon sur les tumeurs gommeuses, dans laquelle l'auteur indique les deux tendances de ces tumeurs, suivant leur ancienneté et la constitution du sujet, à la résorption et à l'expulsion après suppuration et mortification. Il fait ressortir l'ef-

ficacité du traitement spécifique pour favoriser le mouvement résolutif, qui en est la terminaison la plus favorable.

A propos des *tumeurs malignes*, l'auteur fait ressortir les notions fournies au clinicien par l'étude des caractères cliniques, des caractères anatomiques constatés à l'œil nu, et par celle des caractères anatomiques constatés avec le microscope, ou caractères histologiques, et il montre que, dans l'état actuel de la science, la détermination et le pronostic des tumeurs doivent être faits par ces trois études et par le rapprochement des résultats que fournit chacune d'elles. L'histologie seule, quels qu'aient été ses progrès récents, ne peut, dans la plupart des cas, conduire à une détermination rigoureuse.

Cette énumération très-succincte suffit à faire apprécier de tous l'énorme quantité de matériaux accumulés dans ces deux volumes.

Puissé-je avoir fait passer ma conviction et mes sentiments dans l'esprit des praticiens. Vous rencontrerez très-peu de difficultés dans l'exercice de la chirurgie, leur dirons-nous en terminant, sans en trouver la solution dans la *Clinique chirurgicale de la Charité*.

D[r] TILLAUX,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, par M. E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants malades, officier de la Légion d'honneur, chevalier de Saint-Maurice et Saint-Lazare, chevalier d'Isabelle la Catholique, commandeur de Charles III; 2 volumes in-8°, 2e édition ; Germer-Baillière.

C'est bien là une histoire de la médecine, mais non une histoire de la médecine telle que l'entendaient, telle que l'entendent encore, paraît-il, quelques esprits patients, à défier un Bopp, un Daremberg ou un Littré. Notre laborieux et très-savant confrère a des visées moins chimériques ; il sait que les esprits qui s'inquiètent du passé de la science veulent surtout qu'on le leur présente, non pas tant dans l'ordre chronologique des événements, que dans celui de la filiation des idées et des systématisations doctrinales. S'il n'est pas besoin d'être un helléniste consommé pour conduire utilement un tel travail, si l'on y peut négliger la cosse pour ne s'occuper que du fruit, il faut, en revanche, être en état de juger

ce fruit, de l'apprécier et, par l'art d'une critique supérieure, d'en déterminer la valeur dans l'évolution progressive de la science. Les études laborieuses du savant agrégé de la Faculté de médecine de Paris, les travaux antérieurs du médecin distingué de l'hôpital des Enfants nous ont montré cet esprit actif sous des aspects divers, qui donnent à l'auteur de l'*Histoire de la médecine et des doctrines médicales* l'autorité nécessaire pour entreprendre cette œuvre laborieuse.

Analysées soit dans leurs méthodes, soit dans leurs explicites affirmations, soit dans leurs simples tendances, les doctrines médicales doivent, selon M. Bouchut, être divisées et classées de la manière suivante. Les premiers bégaiements de la médecine peuvent être étudiés sous la forme du mysticisme et de la théurgie médicale. A ces informes et stériles tentatives succède le naturisme, c'est-à-dire une doctrine dans laquelle on admet qu'il y a dans les corps animés un instinct sourd, une tendance préordonnée dans les choses qui les fait être ce qu'elles sont et non autres, et que le médecin ne doit jamais perdre de vue, à quelque profondeur d'analyse qu'il soit parvenu dans l'étude de l'instrumentation organique. Les systèmes divers au fond desquels on retrouve plus ou moins modifiée cette conception doctrinale sont le pneumatisme, l'archéisme, l'animisme, le vitalisme, enfin la propre conception de l'auteur, le seminalisme, ou l'affirmation de la présence diffuse dans la semence animale d'un agent vital, sans lequel la vie reste un fait inconcevable en présence d'un mécanisme qui ne peut l'expliquer.

Viennent ensuite l'empirisme, l'humorisme et la chimiâtrie, le solidisme, le méthodisme, l'iatromécanisme, l'anatomisme qui comprend dans ses applications, et les rayonnements divers de l'idée qui lui sert de fondement, l'anatomie et la chirurgie, l'anatomie pathologique, la physiologie, le cellularisme et l'histologie, le transformisme, l'organicisme contemporain, et enfin l'éclectisme. Cette énumération, à se borner aux grandes lignes des doctrines médicales dans le passé et même le présent, nous paraît à peu près complète ; il n'y manque guère, pour que cette restriction disparaisse, qu'une exposition plus approfondie de la conception de la vie normale ou pathologique de M. Robin, dans ce qu'elle a d'original et de véritablement pensé. Nous serions tenté de dire presque la même chose du déterminisme de M. C. Bernard,

qui n'est guère qu'esquissé quand, entrant plus avant dans cet ordre d'idées, l'auteur eût pu s'en faire un point d'appui pour développer la perenne doctrine du vitalisme, et s'autoriser du grand nom de l'illustre professeur du Collége de France pour lui conquérir l'assentiment d'un bon nombre d'esprits qui, dans le conflit des opinions du jour, ne savent où donner de la tête. Quelques noms contemporains y brillent encore par leur absence, que M. Bouchut a eu tort, suivant nous, de laisser dans l'ombre, car plus il les sous-entend, plus ils hantent l'esprit du lecteur dans les interlignes :

..... in prœlia victor emicat.

Parmi les pages qui nous paraissent surtout mériter d'être méditées dans l'œuvre importante du savant médecin de l'hôpital des Enfants malades, nous indiquerons surtout celles où l'auteur analyse avec sagacité, expose avec un suffisant développement les idées de Paracelse dans ce qu'elles ont de prophétique, si nous pouvons ainsi dire, quant à l'évolution future d'une certaine donnée scientifique; l'analyse de l'œuvre de van Helmont, de Stahl, où un sentiment énergique de *l'autre chose* que le mécanisme pour expliquer la vie, conduit ces hommes de génie à marquer la lacune de la science plutôt qu'à la faire disparaître. Mais où notre honorable confrère a montré une érudition remarquable, c'est dans le livre X de son ouvrage où, embrassant l'école anatomique dans son vaste ensemble, il montre sans peine que c'est de cette source, dont plusieurs ont abusé, que sont sorties les plus grandes découvertes de la médecine, et que cette étude, même trop exclusive, en forçant les esprits à l'observation, devait infailliblement conduire et a conduit en effet aux merveilleuses perspectives qu'ouvre à nos yeux l'investigation microscopique. Tout en les admirant, ces merveilles, notre sceptique confrère ne s'en étonne pas, et il a infiniment raison. Plus l'analyse s'enfonce dans ces profondeurs, et plus on sent la nécessité d'une *idée directrice*, suivant la formule de M. Cl. Bernard, pour échapper au chaos, pour que le point de départ de cette prodigieuse évolution, pour que « le germe qui oscille entre les monstruosités et la mort », comme le dit quelque part énergiquement M. Robin, parvienne enfin à se réaliser dans une formule fixe et déterminée.

Dans cet ordre d'idées, s'attaquant plus spécialement à la doctrine cellulaire qui a fait longtemps illusion à beaucoup de

bons esprits parmi nous, et qui continue encore à en fasciner quelques-uns, il démontre que le célèbre médecin de Berlin, en s'arrêtant à la cellule comme au dernier élément vital, s'est arrêté d'une manière tout arbitraire, car avant la cellule il y a les corpuscules organiques, les monades vivantes, expression concrète de la *force-étendue* de Leibnitz, et que l'on peut, que l'on doit même aller plus loin que le cellularisme dans l'analyse de la poussière organique.

Ceci ne regarde que la physiologie générale. Mais le cellularisme encourt une bien plus grave responsabilité, quand on le juge en face des données fondamentales de la pathologie que le médecin doit toujours avoir en vue; quelle que soit l'ambition de ses visées, il la fausse ou en laisse la moitié dans l'ombre. Voici une remarque de l'auteur qui, à cet égard, mérite d'être soulignée : « Si le cellularisme, dit-il, a le mérite d'avoir introduit dans la science un grand nombre de faits nouveaux et instructifs, on ne peut lui reconnaître celui de pouvoir fournir une classification nouvelle et vraie des maladies. La médecine se servira utilement de l'histologie pathologique, mais elle ne peut accepter, comme doctrine générale de pathologie, l'opinion qui a la prétention de rendre compte de toutes les lésions du solide par des modifications cellulaires proliférentes ou régressives. Ce n'est qu'une théorie pathologique et non une doctrine médicale. De plus hautes visées seraient inqualifiables. En tout cas, ce ne serait d'ailleurs qu'une faible partie de la pathologie, puisque, dans cette théorie, il n'est pas question des altérations humorales auxquelles on doit attribuer les fièvres, certaines hémorrhagies, les flux, les névroses et toutes les maladies parasitaires. »

On le voit, quelle que soit sa tendance à la spéculation scientifique, prise dans le sens légitime du mot, bien entendu, notre très-distingué confrère ne perd jamais de vue les exigences de la médecine pratique qui n'a de prise que sur les formes morbides nettement déterminées : cette juste préoccupation projette sur son livre une lumière qui le rendra utile à tous.

MAX SIMON.

BULLETIN DES HOPITAUX

Fièvre quarte guérie par le mélange du sulfate de quinine et de l'eau-de-vie. — Un homme de vingt-huit ans entrait récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Hérard, atteint d'une fièvre quarte contractée en Algérie il y a un an. Après avoir présenté successivement le type tierce, puis quotidien, puis de nouveau tierce, sa fièvre était, depuis dix mois, devenue quarte. Traitée d'abord par le sulfate de quinine donné le jour de l'accès, la fièvre cédait alors pour reparaître à chaque fois qu'on suspendait le traitement. Enfin, depuis sept mois elle n'avait pas cessé, bien que le malade fût revenu en France. Lors de son entrée à l'hôpital, il était épuisé, ayant des accès diurnes réguliers revenant à heure fixe après deux journées d'apyrexie.

Le jour même de son entrée, le 28 mai, il eut un accès pendant lequel sa température axillaire monta à 40°,7. Le quatrième jour, 31 mai, un nouvel accès se produisit ; alors, quinze minutes environ après le début du frisson, on administra en une fois 75 centigrammes de sulfate de quinine dissous dans un petit verre d'eau-de-vie. Une heure après, la température s'élevait à 40°,8. La durée du frisson fut moins longue, son intensité moins grande, mais le malade accusa des crampes plus fortes que de coutume dans les jambes ; la chaleur fut à peu près la même, les sueurs moins abondantes. En somme, l'accès eut une durée à peu près régulière, mais une intensité moindre que de coutume.

Depuis lors, sans que jamais aucun autre médicament ait été administré, la fièvre n'a pas reparu ; la température a oscillé pendant deux semaines entre 36 et 37 degrés et le malade est sorti au vingtième jour parfaitement portant, ayant réparé ses forces et repris de l'embonpoint.

Ce qu'il y a de nouveau dans ce fait, ce n'est ni l'administration du sulfate de quinine au début de l'accès, ni celle de l'alcool ; c'est l'association des deux médicaments. On a souvent objecté à la méthode de Torti que la quinine prise à dose massive au début de l'accès est vomie sans avoir produit aucun effet utile ; de là le précepte de Sydenham d'administrer le médicament à doses fractionnées, en commençant le plus loin possible de l'accès, ou celui de Bretonneau, qui est de donner des doses massives après l'accès. Se fondant sur la rapidité de l'absorption du médicament et aussi sur la rapidité de disparition des phénomènes quiniques, M. Gubler donne le conseil d'administrer des doses moyennes et répétées toutes les deux ou trois heures, en débutant loin de l'attaque, afin

de maintenir l'économie sous l'action prolongée du remède. Il ajoute qu'en cas de fièvre pernicieuse, on aurait tort cependant de se priver d'un moyen douteux et que, sans attendre l'apyrexie, il faudrait administrer quand même, en pleine fièvre, une forte dose, dût la quinine ne donner aucun résultat (*Commentaires thérapeutiques*, 1re édit., p. 647).

Or, le fait que nous venons de rapporter nous semble prouver : 1° qu'absorbé après le début de l'accès le médicament peut être très-efficace, puisqu'une fièvre prise en Algérie et durant depuis sept mois sans interruption, avec le type quarte, a été guérie par l'administration d'une seule dose; 2° que l'absorption peut être obtenue par l'association de la quinine à l'eau-de-vie. Ces deux résultats sont importants à noter, surtout au point de vue de la thérapeutique des accès pernicieux; car là il n'y a pas un instant à perdre, il faut que le médicament soit sûrement absorbé.

Il s'agirait toutefois de déterminer avec précision la part qui, dans la cure de notre malade, revient à la quinine, et celle de l'alcool déjà particulièrement remis en honneur par M. Hérard, et de savoir si l'alcool, en combattant le refroidissement central et en congestionnant l'estomac, n'aurait pas ainsi pour effet de favoriser l'absorption rapide et opportune de la quinine. Ce qui est certain, c'est que plusieurs malades ont été, depuis plusieurs mois, traités ainsi avec succès par M. Hérard; mais aucun cas n'avait été aussi net que ce dernier, dans aucun la guérison n'avait été aussi rapide.

H. Gripat,
Interne des hôpitaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Propositions sur le diabète sucré. M. Lecorché a adressé à l'Académie de médecine la lettre suivante :

« Ayant eu l'occasion de traiter du diabète sucré dans une série de leçons faites à la Faculté au commencement de février 1873, pendant ma suppléance au cours de M. le professeur Axenfeld, j'extrais de ces leçons, que bientôt je livrerai à l'impression, quelques propositions que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie de médecine :

« 1° Les théories qu'on a successivement émises pour expliquer le diabète sucré ne servent qu'à rendre compte de certaines variétés de glycosurie, toutes étrangères au diabète.

« La glycosurie diabétique échappe à leur explication;

« 2° La glycosurie dans le diabète n'est qu'un fait secondaire ; ce qui dans cette maladie domine la situation, c'est la tendance à la désassimilation des substances protéiques.

« Le diabète est une azoturie.

« C'est cette désassimilation, qui se traduit par les chiffres énormes d'urée que rend journellement le malade, qui constitue l'essence même du diabète;

« 3° C'est celle désassimilation protéique, *fait primitif*, qui devient cause de la glycosurie, *fait secondaire* et presque sans importance.

« Pour suffire aux combustions que nécessite la désassimilation protéique, l'oxygène du sang respecte fatalement toute substance glycosique formée dans l'économie ; de là l'apparition dans l'urine d'une quantité de sucre qui est d'autant plus forte que le chiffre de l'urée est plus élevé ;

« 4° Cette manière d'envisager le diabète sucré est d'une importance capitale au point de vue du traitement. Elle conduit forcément au traitement rationnel du diabète, ce que ne faisaient pas les théories émises jusqu'ici, attendu qu'elles n'avaient trait qu'à la glycosurie.

« En considérant le diabète comme nous le faisons, c'est-à-dire comme une azoturie dont dépend la glycosurie, on ne doit avoir qu'un but pour le combattre : arrêter à tout prix les pertes en urée que fait le malade. Pour atteindre ce but, *il n'est qu'une médication, c'est la médication par les agents d'épargne*. De ces agents, ceux qui se placent au premier rang sont l'opium, l'arsenic, la valériane, peut-être le bromure de potassium. » (Séance du 10 juin, *Bull.*)

Ophthalmoscope à réfraction. M. le professeur Broca a présenté à l'Académie de médecine, au nom de M. Crétès, opticien, un *ophthalmoscope à réfraction* construit d'après les indications de M. le docteur Wecker.

Derrière le miroir de cet instrument est placée une série de vingt-quatre verres sphériques concaves et convexes enchâssés dans une roue mise en mouvement par une crémaillère ; cet ophthalmoscope doit servir à déterminer rapidement l'état dioptrique de l'œil examiné ; il a le grand avantage sur les instruments analogues de Loring et autres, de permettre la succession instantanée d'une série de verres sans déposer l'instrument pour la mise en place de nouveaux disques, inconvénient grave qui prive l'observateur de la comparaison rapide des images. (Séance du 17 juin, *Bull.*)

REVUE DES JOURNAUX

Deux cas d'ablation de cancer du col utérin par la galvanocaustique. Le cancer de l'utérus débutant assez fréquemment à la surface du col ou dans l'épaisseur des lèvres, peut être attaqué avec quelques chances de succès par un traitement chirurgical convenable, dès qu'on a l'espoir de pouvoir faire disparaître toute la néoplasie. Récamier, Lisfranc, Simpson, etc., se sont servis avec avantage du bistouri pour l'ablation de tumeurs cancéreuses siégeant sur le col ; Amussat a obtenu des résultats très-satisfaisants du caustique de Filhos ; Jobert de Lamballe, du fer rouge ; MM. Chassaignac et Courty, de l'écrasement linéaire. La galvanocaustique a été également employée, par Middeldorpf, Robert Ellis entre autres ; les deux observations suivantes, empruntées au docteur Amussat fils, montrent quels services on en peut attendre :

Obs. I. — Mme C***, âgée de trente ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique, a perdu sa mère et sa grand'mère d'une affection cancéreuse de l'utérus. Réglée sans difficultés à quatorze ans, mariée à seize, elle n'a jamais eu de grossesse. Devenue veuve au bout de dix ans de mariage, elle dut accepter un emploi sédentaire, mais néanmoins fatigant, et elle ne tarda pas à éprouver des pertes utérines séro-purulentes et sanguines peu abondantes d'abord, mais bientôt de plus en plus fortes, qui l'affaiblirent au point de ne plus lui permettre de remplir ses fonctions que d'une manière très-incomplète. Pas de douleurs d'ailleurs. M. le docteur Barat, après avoir essayé en vain d'arrêter les

perles et de relever les forces par un régime approprié, pria M. le docteur Amussat fils de vouloir bien examiner la malade avec lui, ce qui eut lieu le 18 juillet 1868. L'exploration permit de constater une tumeur mamelonnée assez considérable de la lèvre antérieure, bornée par un sillon donnant assez exactement à cette partie la forme du gland du pénis. D'après cet examen et en tenant compte des antécédents maternels, nos confrères pensèrent qu'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse, dont l'ablation devait avoir lieu sans retard.

Le 22 juillet, M le docteur Amussat fit placer Mme C*** sur les genoux, les coudes appuyés sur des oreillers, et il introduisit le spéculum de Sims qu'il confia au docteur Baret. Plaçant alors le fil de platine monté sur son sécateur galvanique autour du col, dans le sillon signalé plus haut, il glissa sous la canule double une valve en buis qui fut confiée à un autre assistant. Le sécateur fut mis en rapport avec une pile Grenet, et le chirurgien opéra lentement la section du col. — La partie ainsi enlevée fut remise à M. le professeur Robin, qui a bien voulu l'examiner et a déclaré que c'était une tumeur encéphaloïde.

Sans entrer dans les détails des soins qui suivirent l'opération, nous nous bornerons à dire qu'au mois de septembre suivant la cicatrisation était complète. Deux ans après M. Amussat a pu constater, par un examen attentif, que le col était toujours en bon état et que rien ne donnait alors lieu de redouter la récidive.

Obs. II. — Le 26 avril 1870, M. le docteur Cahours pria M. le docteur Amussat d'examiner une dame ayant une tumeur cancéreuse de l'utérus, et de s'assurer s'il était possible d'en faire l'ablation. Cette dame, âgée de quarante-deux ans, rapporta que sa mère était morte d'un ulcère à la matrice Réglée à douze ans, elle devint enceinte à seize ans et demi et accoucha d'un enfant mort; à dix-neuf ans naissance d'un garçon qui vit; depuis elle n'a pas eu d'autre grossesse. Ses règles cessèrent à l'âge de trente-six ans, à la suite d'émotions très-vives, et depuis elle eut des pertes blanches abondantes et de temps à autres de légères pertes sanguines, notamment après les rapports conjugaux. L'examen que fit M. le docteur Amussat lui ayant appris qu'il existait une tumeur cancéreuse du col, au delà de laquelle on sentait une bande de tissu paraissant encore sain, il pensa qu'il était possible de tenter l'ablation, avec l'espoir d'enrayer la marche de l'affection.

L'opération eut lieu le 30 avril, de la même manière que dans le cas précédent, et la tumeur, examinée au microscope par le docteur Homolle, fut reconnue constituée par du tissu cancéreux.

Les suites d'abord simples, furent au bout de quelques jours traversées par des accidents : écoulement sanguin assez abondant qui fut arrêté au moyen de bourdonnets de coton imbibés d'une solution de perchlorure de fer; symptômes de métro-péritonite qui furent combattus surtout par la méthode du docteur Robert de Latour et qui cédèrent heureusement. Au mois de juillet suivant la cicatrisation était parfaite.

Revue au bout de trois ans, l'opérée a été trouvée dans un état des plus satisfaisants, et l'examen des organes de la génération n'y a fait constater aucune apparence de récidive.

Ces deux faits nous ont paru mériter l'attention, tant au point de vue du procédé opératoire mis en œuvre, qu'à celui du temps déjà assez long qui s'est écoulé depuis l'ablation de ces tumeurs cancéreuses sans que la guérison ait paru compromise.

Ajoutons que le docteur Amussat est dans l'habitude, chez ses opérées, de faire établir un exutoire, un vésicatoire au bras, et qu'il attribue à ce moyen une influence sérieuse pour prévenir ou retarder la récidive. Nous devons remarquer toutefois que, des deux malades dont il vient d'être question, une seule a consenti à se prêter à cette pratique. (*Un. Méd.*)

Hernie scrotale incarcérée; opération; anus artificiel; guérison. Il y a dans cette observation plusieurs points intéressants : 1° C'est un type de hernie incarcérée, c'est-à-dire qu'elle était rendue irréductible par l'accumulation de matières fécales dans l'intestin hernié; 2° il y avait absence totale d'étranglement, et cependant l'intestin était ulcéré; 3° il n'y avait ni

vomissement ni constipation, mais la prostration était extrême, si grande que tout d'abord on désespéra de la vie du malade ; 4° enfin, un soulagement considérable suivit l'opération, et la guérison fut obtenue progressivement sans accident intercurrent.

John G. soixante-trois ans, entre à l'hôpital le 18 juillet avec une énorme hernie scrotale du côté droit, qu'il ne pouvait réduire. Il était malade depuis trois semaines, gardait le lit, et était très-constipé. La hernie était sortie et irréductible depuis une quinzaine de jours. Malgré cela l'état du malade était tel que nous l'avons dit plus haut. Le scrotum, du côté droit, était volumineux, tuméfié, douloureux, et d'un rouge brunâtre. On chloroformisa le malade, on incisa le sac et on l'ouvrit. Les tissus du scrotum étaient épaissis et infiltrés ; le sac herniaire distendu, contenait environ un quart de litre d'une sérosité trouble, fétide, et de gros pelotons de lympho récente. Le collet du sac était tout à fait libre et on ne put sentir de constriction. A la partie supérieure du sac était une anse intestinale, contenant des matières fécales en masses ayant presque la dureté de la pierre, mais que l'on pouvait entamer en pressant fortement avec l'ongle. A la partie inférieure de l'anse était une plaque ulcérée, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ; on incisa dans ce point l'intestin dans l'étendue d'environ 4 centimètres et on en retira alors les masses fécales durcies, ayant à peu près le volume de deux noix de galle mises bout à bout. Il s'en échappa ensuite la valeur d'un demi-litre de matières liquides. Puis on fixa à l'aide de sutures les bords de l'intestin aux bords de la plaie du scrotum ; l'on établit ainsi un anus artificiel, par lequel s'échappèrent toutes les matières fécales.

Le jour suivant le malade se plaignit de ressentir une légère douleur dans l'abdomen; on l'apaisa bientôt au moyen de cataplasmes appliqués sur les parois abdominales, et par l'administration de suppositoires opiacés.

On le laissa au régime d'aliments liquides en y ajoutant quelques stimulants ; la seconde nuit qui suivit l'opération, la température était de 38°,8 et le pouls à 100. Les matières passaient par l'anus artificiel sans causer de douleur; il ne s'échappait que des gaz par le rectum.

Depuis, l'état du malade s'est peu à peu amélioré; il n'a jamais eu d'accident; il est entré en convalescence, la plus grande partie des matières passant par l'anus naturel. (*The Lancet*, août 1872.)

Deux cas d'extraction du cysticerque de l'œil. Aux cas de ce genre que nous avons cités dans le quatre-vingt-deuxième volume du *Bulletin de Thérapeutique*, p. 159, nous trouvons intéressant d'ajouter les deux suivants, tant pour la rareté du fait en lui-même que pour la bénignité de l'opération nécessitée par la présence de l'entozoaire dans l'œil.

A la réunion de la Société médicale de Berlin, du 22 novembre 1871, M. Hirschberg rapporta deux observations dans lesquelles il avait enlevé des cysticerques de l'intérieur de l'œil. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme dont la vision était affectée depuis un an ; ce n'était qu'avec difficulté qu'elle pouvait distinguer un doigt très-rapproché de l'œil. L'examen à l'ophthalmoscope dévoila la présence d'un cysticerque dans le corps vitré. On fit une incision à la partie inférieure de la sclérotique et on enleva le cysticerque. La guérison était complète treize jours après l'opération.

Dans le second cas, c'était un petit garçon qui présentait une tache grisâtre vers la partie moyenne de la chambre antérieure ; à l'examen on trouva que c'était un cysticerque, mais on ne put d'abord en diagnostiquer le siége avec certitude ; on ne put dire s'il était dans la chambre antérieure ou entre les diverses couches de la cornée. Pendant l'opération le cysticerque changea de position et l'on dut modifier l'incision pour pouvoir l'enlever.

L'inflammation, que sa présence avait déterminée, cessa bientôt, et la vision redevint normale. (*Berliner Klin. Wochenschr.*, et *British Med. Journ.*, 20 janvier 1872.)

Névralgie de la tête et paralysie partielle attribuées à la syphilis et considérablement amendées par l'extraction de dents gâtées. Il n'est

pas de médecin qui n'ait eu à traiter une névralgie faciale due à la présence de dents cariées ; mais dans le cas que nous allons rapporter, l'étendue des symptômes nerveux et la coïncidence d'autres accidents qu'on ne pouvait attribuer à l'affection dentaire, étaient bien propres à inspirer quelque incertitude sur la nature des phénomènes observés et sur le traitement à employer. C'est pour renseigner à ce sujet les praticiens qui pourraient se trouver en face de cas semblables que nous résumons celui-ci.

Un homme de trente-cinq ans, atteint de syphilis quatorze ans auparavant, entre à Saint-Georges hospital en septembre 1871 dans le service, du docteur Fuller, pour des douleurs dans la tête et des accès d'épilepsie. Sa santé s'améliora au point qu'on l'envoya à l'hôpital des convalescents ; mais il revint à Saint-Georges pour des douleurs dans la tête, le bras et la main, à droite, et des vomissements constants. Les pupilles étaient dilatées, et il avait plusieurs nodosités sur le cubitus et sur le sternum ; on pensa que c'était des points de périostite syphilitique et on lui donna de l'iodure de potassium, puis de l'iodure de sodium et du citrate de fer. Son état s'améliora et il put quitter l'hôpital à la fin d'octobre.

A la fin de décembre, il revint avec des douleurs vives dans la tête, le cou et l'oreille droite, de l'insomnie et un affaiblissement de la vue, surtout à droite. On lui redonna de l'iodure de potassium, mais cette fois sans succès. Le 19 janvier apparut une paralysie du bras droit et du côté droit du cou et de la face.

L'état général ne fit que s'aggraver; alors on cessa le traitement interne, on mit un vésicatoire sur la nuque et on fit arracher quelques dents qui étaient gâtées.

Dans les quelques jours qui suivirent la douleur diminua notablement ; la vision revint peu à peu, mais complètement, ainsi que les forces, et sauf un peu de céphalalgie, le malade allait tout à fait bien. Il put sortir peu après pour aller à l'asile des convalescents. (*Med. Times and Gazette*, 24 août 1872.)

Lupus datant de sept ans, guéri par l'iodure de potassium à hautes doses. Un homme robuste de complexion vigoureuse, âgé de vingt-sept ans, consulta le docteur Robert Munro pour un lupus du nez et de la face, vers le milieu de mai 1872. La maladie durait depuis sept ans, avait envahi le nez, la lèvre supérieure, la muqueuse nasale, la voûte palatine dans l'étendue de plus de 3 centimètres carrés, et du côté des joues, en plaques irrégulières d'environ 6 centimètres. Les ulcérations donnaient un pus peu abondant, mais fétide. Différents médecins avaient été consultés : les uns avaient déclaré le mal incurable, les autres avaient institué un traitement qui était resté inefficace. On ne put découvrir aucun antécédent syphilitique, mais on apprit que la sœur et le père du malade étaient atteints de psoriasis.

Pour commencer, on donna l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes, trois fois par jour. Sur une des joues, le mal n'était séparé du nez que par un pont étroit de tissu sain ; voulant étudier l'effet du caustique sur la plaie, on badigeonna cette partie séparée avec le nitrate acide de mercure. La croûte tomba en peu de jours, et l'ulcère avait un aspect de meilleure nature. On se crut dès lors autorisé à agir de même pour le reste de l'ulcération ; puis, lorsque toute la surface fut débarrassé des croûtes, on pansa les plaies avec la solution suivante : Acide phénique, 6 grammes ; sulfate de zinc, 1 gramme ; eau, 400 grammes.

Environ trois semaines après le commencement du traitement, on porta à 1 gramme les doses d'iodure, données trois fois par jour, et on ajouta à chaque dose 3 gouttes de la liqueur arsenicale. Les progrès de la cicatrisation furent très-rapides, et vers le commencement d'août l'épiderme de la face s'était reproduit presque en entier, sans que depuis la guérison se soit démentie. Le 16 septembre, les cicatrices avaient presque la couleur de la peau normale.

Sans nier l'action bienfaisante des cautérisations au nitrate acide de mercure sur les plaies, on a tout lieu de croire que l'honneur de la guérison est dû en entier à l'iodure de potassium. Quant à l'arsenic, on l'a donné à doses trop minimes et pendant trop peu de temps pour qu'on puisse lui attribuer quelque effet dans la guérison. (*The Lancet*, 19 octobre 1873.)

Emploi de la morphine dans l'empoisonnement par l'atropine. L'antagonisme de ces deux substances, admis assez généralement, a été invoqué dans les cas suivants rapportés devant la Société médicale d'Irlande.

Le docteur Finny soignait une dame atteinte de névralgie ; il prescrivit la morphine associée à l'atropine. Au lieu de la dose habituelle d'un peu plus d'un milligramme de sulfate d'atropine, on en injecta au moins le double par la méthode hypodermique, avec 1 centigramme et demi d'acétate de morphine. Vingt minutes après, la malade se plaignit d'avoir froid, la langue était sèche, rugueuse, la gorge sèche, la parole embarrassée, la vue obscurcie, les pupilles dilatées, le pouls petit et rapide, à 130, les respirations superficielles à 32. Dix minutes après, ces symptômes avaient augmenté, la malade délirait, et voulait saisir des objets imaginaires. Le docteur injecta 2 centigrammes d'acétate de morphine. Cinq minutes après, l'agitation cessa, la peau devint chaude, la respiration tomba à 20, et le pouls au-dessous de 100. Au bout de dix minutes, la malade s'endormit d'un profond sommeil, qui dura toute la nuit. Le lendemain il ne restait de l'accident qu'une dilatation des pupilles.

Le 14 février dernier, dit le docteur Mac Swiney, à trois heures et demie du soir, on donna par mégarde 30 gouttes d'une solution d'atropine à un homme de quarante ans. A quatre heures, on lui administra un vomitif et l'on commença un traitement stimulant. A sept heures, l'homme était tout à fait insensible, comme anesthésié, les yeux ouverts et les pupilles énormément dilatées, le pouls petit et très-rapide, la respiration lente, la peau froide et baignée de sueur. On donna alors 30 gouttes d'une solution d'hydrochlorate de morphine et on répéta la dose jusqu'à ce que le malade eût pris en tout 6 grammes de la solution. Il retrouva sa connaissance vers minuit, et alors il se plaignit de n'y pas voir du tout. Néanmoins il guérit parfaitement.

Les docteurs Hayden et Hawtrey Benson rapportent aussi des cas du même genre. Peut-être trouvera-t-on, comme nous, que ces faits ne sont pas très-concluants. (*The British Medical Journal*, 20 juillet 1872.)

Convulsions chez un nouveau-né provenant d'alcoolisme et produites par le régime de la nourrice. Au cas de ce genre que nous avons rapporté dans notre numéro du 15 avril dernier, nous ajouterons le suivant, communiqué par M. le docteur Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Ce sont là des faits qui ne sont pas très-rares, mais sur lesquels il est bon d'appeler l'attention.

Une femme est accouchée, il y a quelques mois, pour la deuxième fois, d'un gros et bel enfant. Pendant les trois premières semaines, cet enfant allait très-bien et la nourrice que j'avais placée moi-même près de cet enfant, semblait être une excellente nourrice, quand la mère me dit un jour qu'elle était étonnée de voir son enfant, chaque fois qu'il avait teté, être agité, énervé ; au lieu de s'endormir, comme faisait son premier enfant après avoir teté, il criait, s'agitait, devenait rouge, en un mot, il n'avait pas du tout l'aspect habituel des enfants qui ont leur suffisance de lait. J'examinai la nourrice. Je n'avais rien à noter, elle avait beaucoup de lait ; ce lait était très abondant, très-riche en globules. J'engageai à patienter.

Au bout de quelques jours, l'enfant avait alors cinq semaines, il fut pris d'une éruption très-abondante de gourme sur la figure, le cou et une partie du tronc ; la peau devint rouge, les garde-robes furent de plus en plus difficiles, et enfin, à cette agitation persistante après l'allaitement, succéda une fois une véritable crise convulsive dont je fus témoin, sans pouvoir, d'après les phénomènes présentés par l'enfant, attribuer son état à aucune des causes habituelles des convulsions enfantines. Je questionnai alors les parents et tout le monde autour de moi ; les domestiques finirent par m'avouer que, l'enfant étant très-gros et très-vigoureux et tetant beaucoup, la nourrice dont le lait avait déjà neuf mois, buvait par jour, dans le but de le renouveler, comme elle me l'a avoué, 4 bouteilles de vin qu'elle supportait assez bien pour ne pas avoir soulevé les soupçons de sa maîtresse. Je pensai de suite à une intoxication alcoolique de l'enfant et je fis surveiller attentivement la nourrice, qui fut mise au régime suivant :

une demi-bouteille de vin par jour, plus 1 bouteille de bière; 1 litre ou 2 d'eau d'orge; nourriture rafraîchissante.

En quelques jours le bébé reprit complétement la santé; il n'y eut plus d'agitation, plus de convulsions. En huit jours, la gourme disparut complétement et la nourrice, attentivement surveillée, a continué à donner le sein à l'enfant sans nouveaux accidents; celui-ci, qui a aujourd'hui trois mois et demi, n'a plus eu aucun phénomène morbide depuis que le vin a été en grande partie supprimé dans l'alimentation de la nourrice. Celle-ci, du reste, continue à avoir beaucoup de lait et paraît devoir en avoir encore pendant fort longtemps (*Bull. de la Société protect. de l'enfance*, mai et juin 1873.)

Aphasie complète suivie de guérison. M. Grasset s'est livré à une étude minutieuse et complète des troubles de la faculté d'écrire que présentait son malade, et il a donné une série de spécimens de l'écriture de ce malade aux diverses phases de la maladie. De cette étude, l'auteur conclut que, dans l'aphasie, les troubles de l'écriture et de la parole sont de même ordre et ont la même signification. Les troubles de l'écriture n'indiqueraient point, d'après M. Grasset, comme on paraît l'avoir cru, une lésion plus profonde de l'intelligence; en un mot, l'intelligence étant intacte ou à peu près, la faculté d'écrire peut, comme la faculté de parler, être entièrement abolie.

Les cas d'aphasie complète se terminant par la guérison étant assez rares, nous donnons le résumé du fait observé par M. Grasset, tel que lui-même l'a tracé :

« Un homme présentant des habitudes alcooliques invétérées et des signes non douteux de l'alcoolisme, est pris, tout à coup en pleine santé, de malaise vague et d'accidents gastriques qu'il attribue à une indigestion; puis subitement, pendant une querelle, il perd la parole et il entre le lendemain à l'hôpital, dans l'impossibilité absolue d'exprimer sa pensée ni par la parole, ni par l'écriture, ni même par le langage mimique. L'intelligence paroissait entière et les mouvements suffisamment libres, quoiqu'il y eût une légère hémiplégie à droite. Les phénomènes s'atténuent graduellement sous l'influence d'une médication révulsive; puis les progrès vers le mieux s'accentuent très-rapidement dans une nuit où sont survenues trois épistaxis. A partir de ce moment, la guérison marche à grands pas. Seulement on s'aperçoit, pendant la convalescence, d'une sorte d'hémiplégie des divers sens. Ces phénomènes bizarres s'atténuent à leur tour, et le malade sort, entièrement guéri, le vingt-septième jour de la maladie. » (*Montpellier médical* et *Gaz. hebd.*, 18 avril 1873.)

VARIÉTÉS

Académie de médecine. — L'Académie a décerné les prix, pour l'année 1872, de la manière suivante :

Prix de l'Académie. — Question proposée : « De l'ictère grave. » Ce prix était de la valeur de 1 000 francs. — Deux mémoires ont concouru. — L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° une récompense de 600 francs à M. le docteur L. Caradec, médecin à Brest (Finistère); 2° un encouragement de 400 francs à M. le docteur M. Girard, de Bordeaux (Gironde).

Prix fondé par le baron Portal. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. » Ce prix était de la valeur de 900 francs. — Deux mémoires ont été envoyés pour concourir. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur MAGNAN, médecin à l'asile Sainte-Anne. Elle accorde une mention très-honorable à M. W. BOURGADE, étudiant en médecine, chef de clinique à Clermont-Ferrand.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, etc. Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 2000 francs. — Six ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur J.-P.-É. ANDANT, médecin à Dax (Landes), pour son mémoire sur l'empoisonnement par le phosphore, et son traitement par l'essence de térébenthine à l'intérieur ; 2° M. J. PERSONNE, pharmacien de l'hôpital de la Pitié, à Paris, pour ses expériences sur les animaux, établissant scientifiquement que l'essence de térébenthine est l'antidote du phosphore.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie avait de nouveau mis cette question au concours : « Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée. » Ce prix était de la valeur de 3 000 francs. — Six mémoires ont été adressés pour ce concours. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur G. CHANTREUIL, de Paris.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix devait être accordé au meilleur travail sur la pathologie interne. Il était de la valeur de 1 000 francs. — Treize ouvrages ou mémoires ont concouru. Aucun de ces travaux n'a paru mériter le prix ; mais l'Académie accorde: 1° une récompense de 400 francs, à M. le docteur O. SAINT-VEL, médecin à Paris, pour son « Traité des maladies des régions intertropicales » ; 2° une récompense de 300 francs à M. A. PELLARIN, médecin principal de la marine, en retraite à Paris, pour son ouvrage intitulé : « Contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe » ; 3° une récompense de 300 francs à M. HUCHARD, docteur en médecine, et M. F. LABADIE-LAGRAVE, interne des hôpitaux, pour leur travail en collaboration ayant pour titre : « Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse » ; 4° Des mentions honorables à M. H. LIOUVILLE, pour son mémoire « Sur la généralisation des anévrysmes miliaires » ; et à M. P.-A. LAGRELETTE, pour son « Traité sur la sciatique. »

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur un sujet appartenant à l'une des branches de la médecine légale, la toxicologie exceptée. Il était de la valeur

de 2000 francs. — Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur E. Vincent, médecin à Guéret (Creuse).

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question posée par le testateur est ainsi conçue : « De la mélancolie. » — L'Académie, se conformant aux intentions du testateur, avait appelé l'attention des concurrents sur une forme particulière de la mélancolie, et avait mis au concours la question suivante : « De la nostalgie. » Ce prix était de la valeur de 2 000 francs. — Trois mémoires ont concouru. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement : 1° une somme de 1 500 francs à M. le docteur Auguste Haspel, médecin principal en retraite ; 2° une somme de 500 francs à M. Benoist de la Grandière, docteur en médecine à Paris.

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Aucun concurent ne s'est présenté.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies.

L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1871 :

1° *Médailles d'argent :* MM. Beaupoil, médecin à Ingrandes (Indre-et-Loire), pour un travail remarquable sur la rougeole ; — Beltz, chirurgien militaire à Alger, pour son très-bon mémoire sur la fièvre typhoïde; — Douaif, médecin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), pour son excellente description d'une épidémie de variole ; — Izoard, médecin à Estoublon (Basses-Alpes), pour sa relation d'une épidémie de variole décrite avec beaucoup de soin ; — Lombard père et fils, médecins à Chalabre (Aude), en collaboration, pour leur bon travail sur la variole et une étude très-intéressante des cas de variole ; — Nolé, médecin à Muret (Haute-Garonne), pour ses travaux consciencieux sur la suette et la variole ;

2° *Médailles de bronze :* MM. Barbrau, médecin à Rochefort (Charente-Inférieure), pour une bonne étude sur la variole ; — Chollet, interne des hôpitaux de Rennes (Ille-et-Vilaine), pour un rapport distingué sur une épidémie de dysenterie ; — Duché, de Montluçon (Allier), pour sa description sommaire, mais très-correcte, de la variole ; — Fournier, médecin à Compiègne (Oise), pour un rapport remarquable sur une épidémie de variole ; — Le Galcher-Baron, médecin à Saint-Pierre-Eglise (Manche), pour un très-bon travail sur la variole ;— Maheut, médecin à Caen (Calvados), pour une bonne description de la variole ;— Martin-Duclaux, médecin à Villefranche (Haute-Garonne), pour son mémoire

très-sagement écrit sur la suette ; — PERROTTE, médecin à Avranches (Manche), pour un bon travail sur la dysenterie ;

3° *Rappel de médailles :* MM. BOCAMY, docteur en médecine à Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; — BOUTEILLER, docteur en médecine à Rouen (Seine-Inférieure) ; — DEBROU, docteur en médecine à Orléans (Loiret) ; — GINTRAC fils, docteur en médecine à Bordeaux (Gironde) ; — GUIPON, docteur en médecine à Laon (Aisne) ; — LECADRE, médecin des épidémies au Havre (Seine-Inférieure), pour leurs divers mémoires sur les épidémies qui ont régné dans ces départements.

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1870 :

1° *Médaille d'or* : M. WILLEMIN, médecin inspecteur adjoint aux eaux de Vichy, pour son ouvrage imprimé sur les « Coliques hépatiques et leur traitement par les eaux de Vichy » ;

2° *Médailles d'argent :* MM. ARMIEUX, médecin principal des armées, pour son livre intitulé : « Etudes médicales sur Baréges » ; — CABASSE, médecin-major, pour son travail manuscrit intitulé : « Documents pour servir à l'histoire des indications rationnelles des eaux de Bourbonne » ; — GUBIAN, médecin inspecteur, pour son rapport officiel sur l'établissement de la Motte-les-Bains ; — LESPIAU, médecin-major, pour son mémoire « Sur l'action physiologique des eaux d'Amélie-les-Bains » ; — MARBOTIN, médecin inspecteur, pour son rapport officiel et deux travaux manuscrits « Sur les résultats du traitement thermal à Saint-Amand » ; — PÉRIER, médecin inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault, pour son « Guide médical aux eaux de Bourbon-l'Archambault » ; — ROUGÉ-RIEUTORT, médecin inspecteur, pour son rapport officiel sur les eaux minérales de Rennes-les-Bains.

3° *Rappel de médailles d'argent :* MM. AUPHAN, médecin inspecteur des eaux d'Ax (Ariége), pour son rapport officiel sur ces eaux ; — CHABANNES, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche), pour son rapport officiel sur les eaux confiées à ses soins ;

4° *Médailles de bronze* : MM. BONA, médecin inspecteur des eaux d'Évaux (Creuse), pour son rapport officiel ; — COSTA, médecin-major de première classe, pour son rapport sur le service à l'hôpital thermal militaire de Guagno (Corse) ; — GOUGET, médecin principal de première classe, pour son rapport d'ensemble sur le service médical militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marue) ; — TICIER, médecin inspecteur, pour son rapport sur le service médical des eaux de Capvern (Hautes-Pyrénées), année 1870.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1870.

L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1500 francs partagé entre* : MM. Pangaud, docteur en médecine à Montluçon (Allier) ; — Le Duc, docteur en médecine à Versailles (Seine-et-Oise) ; — Mme Chateau, sage-femme à Vierzon (Cher) ;

2° *Médailles d'or* : MM. Bourdin, docteur en médecine à Choisy-le-Roi (Seine) ; — Chebrou, médecin à Niort (Deux-Sèvres) ; — Petiteau, docteur en médecine aux Sables-d'Olonne (Vendée) ; — Pingault, médecin à Poitiers (Vienne) ;

3° Soixante *médailles d'argent* aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées pour coopération aux travaux de la commission d'hygiène de l'enfance.

1° *Médaille d'or* : M. le docteur Monot, médecin à Montsauche (Nièvre), pour son mémoire manuscrit et pour les travaux importants qu'il a déjà publiés et qui ont servi de base aux discussions et aux résolutions prises par l'Académie de médecine ;

2° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Cressant, médecin à Guéret (Creuse), pour le mémoire très-intéressant qu'il a adressé à l'Académie; — Raymond, médecin à Sainte-Florine (Haute-Loire), pour les excellents documents qu'il a recueillis avec difficultés dans un pays très-accidenté ;

3° *Médailles de bronze* : MM. les docteurs de Bavé, médecin à Vienne (Isère), pour les tableaux statistiques qu'il a dressés spontanément avant l'envoi de ceux imprimés par les soins de la commission ; — Brinquier, médecin à Montpellier (Hérault), pour son excellent mémoire manuscrit et ses renseignements statistiques.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le conseil supérieur de l'instruction publique, réuni le 19 juin pour statuer sur l'importante question de la création en France de nouvelles Facultés de médecine, a décidé qu'une Faculté de médecine serait établie à Lyon. (*La Liberté*, *l'Union médicale*.)

Ecole de médecine de Caen. — M. Auvray, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur adjoint de clinique externe, en remplacement de M. Postel, décédé ; — M. Wiart, suppléant, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie ; — M. Lhirondel est nommé professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie ; — M. Levéziel, suppléant pour les chaires de médecine, est nommé chef des travaux anatomiques.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Berger, suppléant pour les chaires de médecine, est nommé professeur de clinique interne, en remplacement de M. Buissard, décédé.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Chartier est nommé professeur de thérapeutique (emploi nouveau).

Ecole de médecine de Lyon. — M. Berne, suppléant pour les chaires de chirurgie, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Pétrequin, admis à la retraite ; — M. Crolas, suppléant pour la chaire de pharmacie et de toxicologie, est nommé professeur adjoint en remplacement de M. Davallon, admis à la retraite ; — M. Letiévant, suppléant et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Chauvin, décédé ; — M. Gayet, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie, en remplacement de M. Berne ; — MM. Pétrequin et Davallon, admis à la retraite, sont nommés professeurs honoraires.

Ecole du Val-de-Grace. — Un concours s'ouvrira à cette Ecole, le 15 décembre prochain, pour cinq emplois de professeur agrégé (clinique médicale ; clinique chirurgicale ; hygiène et médecine légale militaire ; maladies et épidémies des armées ; chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée).

Le seigle ergoté. — Aux termes d'un décret du 23 juin, la vente du seigle ergoté pourra être faite désormais par les pharmaciens sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'un diplôme.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des applications externes de l'hydrate de chloral et du métachloral ;

Par M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin des hôpitaux.

Depuis que O. Liebreich, en juin 1869, appela l'attention du monde médical sur le chloral, on ne s'est occupé presque exclusivement que des propriétés hypnotiques et anesthésiques de ce corps, en négligeant son action locale, et laissant ainsi dans l'ombre un des côtés les plus intéressants de la question, qui ouvre à ce précieux agent thérapeutique une voie féconde en heureux résultats.

Quant au métachloral il n'a pas été, que nous sachions du moins, encore employé en médecine ; c'est M. Limousin qui, le premier, en a conseillé l'emploi.

Le métachloral ou chloral insoluble se présente sous la forme d'une poudre grossière blanche, répandant une odeur très-vive de chloral et présentant ce caractère important qu'il est à peine soluble, même dans l'eau bouillante ; ce chloral insoluble distille entre 150 et 200 degrés sans se fondre.

On prépare le métachloral, suivant Dumas, en mettant dans un flacon à l'émeri du chloral pur avec cinq ou six fois son poids d'acide sulfurique ; le lendemain le chloral est converti en métachloral qu'il suffit de laver à grande eau pour le débarrasser de l'acide sulfurique.

Regnault (1) a montré l'identité de composition du chloral et du métachloral ; ce dernier corps aurait donc pour formule $C^4HCl^3O^2$ et ne serait qu'une simple modification isomérique du chloral.

Dans une récente communication que nous avons faite, M. Hirne et moi, à la Société des hôpitaux (2), nous avons montré par des expériences décisives les propriétés antiputrides et antifermentescibles de l'hydrate de chloral et nous avons indiqué les principales applications qui découlaient de cette démonstration. Depuis notre lecture, les faits se sont multipliés, les procédés d'application se

(1) Regnault, *Annales de chimie et de physique*, t. LXXI, p. 185.

(2) Dujardin-Beaumetz et Hirne, *Des propriétés antifermentescibles et antiputrides des solutions d'hydrate de chloral* (*Union médicale*, 1873).

sont perfectionnés, ce qui nous permet aujourd'hui de tracer d'une manière plus certaine les points principaux de cette nouvelle application thérapeutique de l'hydrate de chloral ; nous allons passer successivement en revue, dans ce travail, l'action locale de l'hydrate de chloral et du métachloral, les moyens d'application et enfin les différents cas où ce mode de traitement peut donner des résultats avantageux.

Action locale de l'hydrate de chloral et du métachloral. — Lorsqu'on applique l'hydrate de chloral ou les solutions chloralées sur la peau et sur les muqueuses à l'état sain, on observe différentes modifications qui peuvent être rattachées aux trois points suivants :

Action caustique, action modificatrice et enfin action anesthésique.

Action caustique. — L'hydrate de chloral appliqué sur la peau humide détermine, au bout d'un certain temps, une phlyctène plus ou moins profonde, plus ou moins étendue, selon la durée de l'application. Cette action est plus rapide sur les muqueuses ; ces désordres s'accompagnent d'une douleur assez vive qui peut durer une heure à deux.

Cette action caustique est encore rendue plus nette lorsqu'on introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané des solutions concentrées de chloral : on détermine une gangrène plus ou moins étendue, selon la quantité du liquide injecté et surtout selon le degré de concentration de la solution. On peut dire que, jusqu'au dixième, les solutions chloralées peuvent déterminer sous la peau des désordres graves. Ce fait, qui a été constaté par la plupart des observateurs, est un des plus sérieux inconvénients à l'emploi de l'hydrate de chloral en injections sous-cutanées.

Mais, à mesure que l'on étend les solutions chloralées, cette action caustique s'atténue ; déjà, au dixième, on n'a que la sensation d'une cuisson légère ; au cinquantième, cette action est encore atténuée et, au centième, elle disparaît complétement.

Lorsque la peau est dépourvue de son épiderme, cette action caustique est beaucoup plus vive et devient très-douloureuse. Lorsqu'on passe, en effet, sur une plaie de l'hydrate de chloral en nature, on détermine une eschare légère, semi-transparente et qui se détache avec une graude facilité; cette cautérisation s'accompagne

d'une sensation de brûlure très-vive qui peut persister pendant une heure ou deux et qui paraît plus pénible à supporter que les cautérisations faites dans les mêmes circonstances avec du nitrate d'argent. Ici comme précédemment, à mesure que l'on étend l'hydrate de chloral dans l'eau, l'action caustique diminue ; peu appréciable au cinquantième, elle ne l'est plus dans les solutions au centième.

Lorsqu'on examine chez les animaux inférieurs et sur des préparations histologiques cette action locale du chloral, on voit qu'elle réside tout entière, comme l'a d'ailleurs fort bien montré M. Magnaud (1), dans la coagulation des substances albuminoïdes. C'est ainsi que se fait l'arrêt de la circulation capillaire, la perte de la conductibilité des nerfs, la désorganisation des surfaces épithéliales, et enfin l'abolition de la propriété contractile des fibres lisses et striées.

Action modificatrice. — Cette action dépend presque entièrement des nouvelles propriétés que M. Hirne et moi nous avons démontrées appartenir à l'hydrate de chloral.

Par des expériences rigoureuses et faciles d'ailleurs à répéter, nous avons prouvé qu'il suffisait de placer les matières albuminoïdes dans des solutions chloralées au cinquantième ou au centième, pour empêcher toute altération ultérieure de ces substances ; c'est ainsi que le sang, les muscles, la fibrine, l'albumine, le lait, placés dans ces conditions, ne subissent aucune fermentation.

A ces substances il faut joindre l'urine, dont le chloral empêche complétement la décomposition ; c'est là un fait capital sur lequel nous nous proposons de revenir.

Cette propriété antiputride du chloral a été entrevue par M. Magnaud (2) dans ses recherches physiologiques sur le chloral ; il avait vu que, dans le sérum chloralé, aucun infusoire, vibrion, bactérie ou monade ne pouvaient se développer.

Cette propriété antiputride et antifermentescible du chloral, jointe à son action caustique, fait du chloral un des agents modificateurs les plus actifs que nous possédions, et nous verrons par la suite quel parti on a pu tirer de cette double action pour utili-

(1) Magnaud, *Recherches sur les propriétés physiques du chloral hydraté* (*Thèse de Paris*, 1871).

(2) *Loc. cit.*

ser ce médicament dans le pansement des plaies de mauvaise nature, et en particulier dans celui des plaies gangréneuses et putrides.

Action anesthésique. — Cette action locale a été signalée depuis longtemps, et au début même des recherches physiologiques on a montré que l'on pouvait endormir les animaux, en introduisant sous la peau des solutions de chloral.

Mais ce sont surtout MM. Horand et Peuch (1) qui ont insisté sur ce mode d'action.

En plaçant du chloral dans les trajets fistuleux des tumeurs blanches, ou bien en appliquant ce médicament sur des vésicatoires, ils ont amené la diminution et la disparition des douleurs locales. Ces auteurs émettent l'avis que cette action sédative locale est supérieure à celle du chlorhydrate de morphine appliqué dans les mêmes conditions ; aussi conseillent-ils l'emploi local du chloral, non-seulement dans les névralgies, mais encore dans les plaies douloureuses et les cancers ulcérés inopérables.

Le métachloral a une action physiologique locale tout à fait identique à celle de l'hydrate de chloral, mais cependant beaucoup moins énergique ; appliqué sur la peau dépourvue de son épithélium, il détermine une sensation de cuisson assez vive, mais promptement calmée. Son action modificatrice et calmante est encore plus faible, vu le peu de solubilité de cette substance.

Mode d'emploi. — Pour graduer les différents phénomènes que nous venons de voir se produire à la suite des applications locales du chloral, il suffit soit d'user du chloral en nature, soit d'employer des solutions plus ou moins concentrées.

L'usage de l'hydrate de chloral en nature présente certaines difficultés qui proviennent surtout de la déliquescence très-marquée de ce corps. Aussi avons-nous songé à entourer chacun des crayons d'une enveloppe imperméable telle qu'une légère couche de gutta-percha ; mais ces crayons s'altèrent rapidement et l'enveloppe n'empêche pas la fonte du chloral sous l'influence de l'humidité.

M. Limousin, qui s'est occupé tout particulièrement des préparations pharmaceutiques du chloral, a fait depuis longtemps des

(1) Horand et Peuch, *Du chloral*. Masson, 1872.

bougies de chloral enduites de paraffine ; ces bougies, très-supérieures aux crayons précédents, présentent cependant cet inconvénient d'être trop susceptibles à la température extérieure : molles en été, elles deviennent dures et cassantes en hiver. Ce problème des crayons de chloral n'est donc pas encore résolu et demande de nouvelles recherches.

Quant aux solutions, on peut en varier à l'infini le titre. Voici les formules de celles dont nous usons le plus volontiers :

1°	Chloral	10 grammes.
	Eau.	1 000 —
2°	Chloral	10 grammes.
	Eau.	500 —

M. Martineau (1) ne trouvant pas dans les solutions chloralées un pouvoir désinfectant assez puissant, a eu l'idée de les combiner avec l'alcoolé d'essence d'eucalyptus. Voici la formule dont il se sert :

Eau chloralée au centième	1 000 grammes.
Alcoolé d'essence d'eucalyptus	4 ou 5 cuill. à bouche.

L'alcoolé lui-même est ainsi composé :

Huile essentielle d'eucalyptus.	10 grammes.
Alcool.	1000 —

Nous avons aussi, dans certains cas, dissous le chloral dans la glycérine et avons appliqué ce topique sur les plaies ou bien en injections. Voici le mélange dont nous nous servons :

Chloral	10 grammes.
Glycérine	50 —

Qu'il soit simplement dissous dans l'eau ou bien dans la glycérine, ou bien additionné à l'eucalyptus, l'hydrate de chloral est employé dans ces cas soit en injections dans les cavités closes suppurantes, la plèvre par exemple, soit en applications locales sur les plaies, et, selon l'effet que l'on veut obtenir, on peut augmenter plus ou moins la quantité de chloral ; nous verrons d'ailleurs, dans le chapitre suivant, les principales modifications que

(1) Société de thérapeutique, séance du 12 mars 1873 (*Gazette médicale*, 1873).

peut subir cette application, suivant les affections que l'on veut combattre.

Quant au métachloral, on l'applique en poudre sur les plaies, comme l'iodoforme, qu'il est appelé à remplacer très-avantageusement, puisqu'il produit une action modificatrice tout aussi énergique sans déterminer cette odeur si vive de l'iodoforme qui est un grand obstacle à l'emploi de cette substance dans la clientèle.

Cette poudre de métachloral peut être mélangée, si l'action locale est trop vive, avec d'autres poudres inertes, telles que le sous-nitrate de bismuth et le lycopode.

Applications thérapeutiques. — Nous allons passer successivement en revue, dans ce chapitre, les principales affections où l'application externe du chloral peut donner des résultats avantageux.

Gangrène ; eschares. — Nous avons obtenu des effets véritablement merveilleux de l'application du chloral sur les eschares développées dans le cours des fièvres graves, et en particulier de la dothiénenterie, et c'est même à la suite de la guérison, à l'aide de ce moyen thérapeutique, d'une gangrène excessivement étendue de la fesse chez une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde, que M. Hirne et moi avons commencé nos recherches sur le chloral. Depuis, dans bien des circonstances, nous avons usé du même moyen, et toujours nous avons obtenu une modification et une cicatrisation rapides des parties sphacélées. M. le docteur Martineau, d'après nos indications, a appliqué ce remède dans le service de M. Tardieu qu'il suppléait, et entre ses mains, comme entre les nôtres, les résultats ont été les mêmes.

Notre collègue et ami, M. Cadet de Gassicourt, à l'hôpital Saint-Antoine, a fait aussi ces mêmes applications de chloral non-seulement sur les eschares du typhus abdominal, mais encore dans ces gangrènes que l'on voit survenir chez les enfants à la suite des fièvres éruptives, et dans notre travail avec M. Hirne nous avons signalé une observation fort intéressante, due à ce médecin, de gangrène de la face, suite de rougeole, chez un enfant de dix-huit mois et qui guérit en une dizaine de jours par l'application de solution de chloral au cinquantième.

Mais, à coup sûr, l'un des faits les plus démonstratifs est celui qui a été observé par M. Féréol dans son service de la Maison mu-

nicipale de santé. Voici textuellement la note que notre très-obligeant collègue a bien voulu nous communiquer :

Obs. I. *Gangrène spontanée du bras ; insuccès des bains d'oxygène et des solutions d'eucalyptol ; emploi du chloral ; modification rapide de la plaie ; désinfection complète ; mort subite de la malade.* — Chez une femme de soixante-douze ans, atteinte de gangrène spontanée par endartérite (embolie? athérome artériel) de l'artère humérale, j'avais essayé d'abord les bains d'oxygène dans un manchon en caoutchouc ; on faisait en même temps, chaque matin, baigner le bras pendant une heure dans une solution d'eucalyptol. Les douleurs étaient incessantes et l'odeur tellement insupportable, que je fus obligé de changer la garde-malade, qui avait des accidents d'intoxication.

Je fis mettre du chlorure de chaux sous le lit de la malade et je remplaçai le manchon d'oxygène par les compresses au chloral au cinquantième, renouvelées toutes les deux heures et recouvertes d'une feuille de taffetas gommé. Les douleurs furent légèrement amendées, mais surtout l'odeur disparut presque entièrement ; l'élimination du membre se préparait et était même assez avancée ; la malade, très-faible et cachectique, succomba assez inopinément sans que l'autopsie ait révélé de cause particulière de la mort, qui semble avoir été le fait d'un affaiblissement progressif.

Nous voyons, dans cette très-intéressante observation, les solutions de chloral au cinquantième modifier rapidement la plaie et l'élimination se faire régulièrement. Mais ici l'action la plus manifeste est à coup sûr la désinfection rapide que ni l'oxygène, ni les solutions d'eucalyptus n'avaient pu produire, et, sans la mort subite de cette malade, mort que les désordres du côté du cœur expliquent suffisamment, tout faisait espérer que, grâce à l'emploi externe du chloral, la séparation des portions sphacélées se serait faite d'une façon rapide.

Dans tous ces cas de gangrène et de sphacèle, il faut employer les solutions de chloral au cinquantième ou au centième, solutions que l'on applique en imbibant de la charpie ou des linges dont on recouvre les portions atteintes ; on peut encore faire des lavages fréquemment répétés avec ces mêmes solutions.

Chancres phagédéniques ; esthiomènes ; plaies de mauvaise nature ; ulcérations pseudo-membraneuses. — C'est le docteur Francesco Accetella (1) qui, en 1871, a conseillé le premier l'emploi

(1) *Gaz. med. ital. et lomb.*, octobre 1871 ; — *Arch. méd. belges*, octobre 1871 ; — *Bulletin de Thérapeutique*, 1872, t. LXXXII, p. 281.

externe du chloral contre les ulcères phagédéniques, et dans son mémoire se trouvent signalées cinq observations d'ulcères phagédéniques guéris en dix-huit et vingt-neuf jours.

Dans notre travail avec M. Hirne, nous avons aussi cité un fait puisé à la clinique de M. Cadet de Gassicourt, à l'hôpital Saint-Antoine, où la guérison d'un chancre phagédénique a été obtenue fort rapidement (trente jours) chez une femme de vingt-sept ans, par l'application d'une solution de chloral au cinquantième.

Nous avons fait à l'hôpital Beaujon, dans notre service, des applications externes de chloral, dans un cas d'esthiomène de la région inguinale droite. Cette plaie envahissante qui, depuis deux ans, résistait à toute espèce de traitement a paru se modifier rapidement par des cautérisations avec des crayons de chloral, répétées deux fois par jour. Ces cautérisations, d'ailleurs assez douloureuses, avaient amené le bourgeonnement général de la plaie et la production en une quinzaine de jours d'une cicatrice résistante au milieu même de la plaie. Un fait d'indiscipline nous ayant forcé de congédier cette malade, nous n'avons pu malheureusement avoir la suite de cette observation.

Dans ce moment, nous avons dans nos salles un enfant de seize ans, scrofuleux et débilité, et présentant une stomatite ulcéro-membraneuse, sur tout le côté gauche de la paroi buccale. Les premières applications de crayon de chloral ont produit peu d'amélioration. Mais depuis que nous avons uni la glycérine au chloral (10/50), ce mélange, ainsi appliqué sur la paroi interne de la bouche, paraît modifier heureusement les surfaces ulcérées.

Dans tous ces cas, on peut user soit du chloral en nature, soit de solutions chloralées. Francesco Accetella employait la solution suivante :

Chloral hydraté	5	grammes.
Eau distillée	20	—

Mais, en général, il faut graduer la solution suivant l'effet caustique et modificateur que l'on veut obtenir. La cautérisation de ces ulcères au chloral est plus douloureuse que celle faite par le nitrate d'argent, et la sensation de cuisson dure d'une demi-heure à une heure. Sur la muqueuse buccale, ces mêmes cautérisations amènent un flux très-considérable de salive.

On peut encore se servir, comme nous l'avons fait dans notre

cas de stomatite ulcéro-membraneuse, de glycérolé au chloral à titre variable.

Enfin on pourrait encore user de métachloral en poudre soit pur, soit mitigé avec une poudre inerte, le sous-nitrate de bismuth ou la poudre de lycopode, et saupoudrer ainsi, avec le mélange, les plaies ou les ulcères que l'on veut modifier.

Maladies de la peau. — Nous avons employé, dans deux cas d'eczéma chronique des membres inférieurs, des solutions de chloral au centième et nous avons obtenu une prompte et rapide guérison. D'ailleurs, en Italie, on a déjà vanté l'emploi de solutions de chloral en compresses dans les cas d'eczéma chronique et de prurigo, et nous voyons en Amérique un correspondant du journal de Boston (1) affirmer qu'il s'est très-bien trouvé, lui et ses malades, d'applications d'hydrate de chloral en solution dans les cas d'eczéma chronique. La solution employée par ce praticien est la suivante :

Hydrate de chloral	4 à 5 grammes.
Eau	500 —

Nous appliquons en ce moment, avec succès, l'hydrate de chloral en solutions au centième, et le glycérolé de chloral au dixième, contre les plaques muqueuses qui se montrent en si grand nombre, en certains cas, autour de l'anus et des parties génitales.

Nous avons aussi, dans notre clientèle, modifié rapidement une syphilide ulcéreuse profonde de la région dorsale chez un jeune employé de commerce de vingt-sept ans, ulcération qui résistait depuis de longues années à toute espèce de traitement.

Enfin, notre ami le docteur Créquy nous transmet l'observation suivante qui présente, comme on le verra, un réel intérêt :

OBS. II. ***Lupus scrofuleux du nez ; cautérisation avec le nitrate acide de mercure ; pansement avec la solution au chloral au centième ; guérison en vingt-sept jours.*** — La nommée X***, âgée de trente-sept ans, est atteinte depuis plusieurs années d'un lupus du nez de nature scrofuleuse. Elle a eu recours à plusieurs médecins pour obtenir la guérison de cette maladie. On est parvenu à obtenir la cicatrisation d'une partie de l'ulcération, mais il reste

(1) *Boston Med. and Surg. Journal*, 1872 ; — *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er mars 1873, p. 122.

une petite plaie longue d'environ 12 millimètres, large de 6, occupant le sillon qui sépare l'aile du nez de la joue. Les nombreuses médications employées ayant échoué, elle s'est résignée à ne plus rien faire.

Le hasard m'ayant appelé à donner des soins à cette dame pour une autre maladie, je lui proposai d'essayer de la guérir de cette ulcération du nez, qui paraissait la préoccuper beaucoup.

Le 15 avril dernier, j'enlève les petites croûtes qui entourent la plaie que je cautérise avec le nitrate acide de mercure, je panse ensuite soir et matin la plaie avec un petit plumasseau de charpie trempé dans une solution de chloral au centième que je maintiens à l'aide d'un morceau de diachylon des hôpitaux ; douze jours plus tard, la plaie étant réduite de moitié, je pratique une nouvelle cautérisation avec le nitrate acide et je continue le même pansement au chloral. Au bout de quinze jours la cautérisation est complète, le traitement a duré moins d'un mois.

M. Féréol nous a aussi communiqué le fait remarquable suivant et que je transmets ici dans son intégrité :

Obs. III. *Pemphigus ; ulcérations consécutives ; pansement au chloral, amélioration passagère ; emploi du camphre en poudre, amélioration passagère ; usage du métachloral en poudre ; guérison.* — Un enfant du sexe masculin, né à terme dans de bonnes conditions, et d'une mère qui n'avait présenté aucun accident sérieux pendant sa grossesse et qui ne portait aucune trace apparente de syphilis ancienne ou récente, présentait à la région postérieure du tronc, à gauche (thorax et fesse), deux larges bulles pemphigoïdes, de formes très-irrégulières, à pourtour érythémateux, frangé, à fond grisâtre, sphacélé (l'épiderme étant décollé). L'enfant, petit, mais vivace, prit bien le sein ; il s'élève assez facilement et n'a pas l'aspect cachectique ; aucune autre éruption (il a aujourd'hui près d'un mois).

Je pansai avec de la charpie imbibée avec la solution de chloral ; l'effet parut d'abord satisfaisant ; la teinte grise des ulcères faisait place à un bourgeonnement de bonne nature, mais au bout de cinq à six jours cette amélioration ne se soutint pas, et l'aspect pultacé, analogue à celui de la pourriture d'hôpital, me força de chercher un autre mode de pansement ; je fis usage alors de camphre en poudre recouvert d'un linge troué imbibé de glycérine ; mêmes résultats d'abord favorables, puis retour de l'aspect grisâtre. J'essayai alors le coaltar saponiné, qui ne fut guère plus efficace. J'essayai alors le métachloral en poudre et sans mélange. L'application fut très-douloureuse, mais le lendemain la plaie avait totalement changé d'aspect : c'était un bourgeonnement des plus satisfaisants. Je fis alors mitiger le métachloral par l'addition de neuf dixièmes de lycopode, et depuis six jours que ce pansement

à peu près indolent est appliqué, les ulcères se cicatrisent avec rapidité.

Un petit ulcère pemphigoïde analogue s'est montré à la cheville interne droite et est aujourd'hui cicatrisé. L'état général de l'enfant est satisfaisant.

Dans cette observation, le métachloral paraît avoir eu une action beaucoup plus active que la solution de chloral. L'application de ce médicament, d'ailleurs, a été fort douloureuse et il a fallu, pour la rendre supportable, la mélanger ainsi :

Métachloral en poudre.	10 grammes.
Poudre de lycopode	9 —

Tous ces faits montrent que l'on peut, par l'emploi du chloral dans certaines affections de la peau, obtenir une prompte et rapide guérison.

Parois suppurantes des cavités normales et pathologiques. — Nous avons aussi employé les solutions de chloral au centième ou au cinquantième, pour modifier les vastes surfaces suppurantes, et dans les cas de kyste hydatique, comme dans ceux de pleurésies purulentes, nous avons obtenu de promptes et profondes modifications (1).

Nous trouvions, dans l'emploi de ce moyen, un avantage marqué sur la teinture d'iode, surtout lorsqu'on est forcé d'employer des tubes en caoutchouc pour faire pénétrer des liquides modificateurs dans les cavités suppurantes : c'est que les solutions de chloral, tout en modifiant plus énergiquement les surfaces malades que la teinture d'iode, n'amènent aucune de ces altérations du caoutchouc sur lesquelles nous avons appelé l'attention dans une communication faite à la Société des hôpitaux (2).

Dans la métrite interne chronique, nous avons aussi modifié la surface interne suppurante de l'utérus par des injections de chloral, et le fait suivant, dont je donne ici une relation abrégée, montre le résultat que nous avons obtenu.

(1) Dujardin-Beaumetz, *De la valeur de la ponction aspiratrice dans le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques* (*Bull. de Thérap.*, 15 fév. 1873).

(2) Dujardin-Beaumetz, *Des altérations des tubes en caoutchouc par les injections iodées* (*Union médicale*, années 1872-1873).

Obs. IV. *Métrite interne; injection intra-utérine de solution de nitrate d'argent; cautérisation intra-utérine avec le crayon de nitrate d'argent; amélioration; injections intra-utérines de solution de chloral au cinquantième; guérison.* — Mme X***, âgée de vingt-quatre ans, est atteinte depuis un an d'une métrite interne suppurée des plus intenses. Après avoir pratiqué des injections intra-utérines avec des solutions de nitrate d'argent, nous avons cautérisé l'intérieur même de la cavité utérine avec le crayon de nitrate d'argent. Sous l'influence de ces moyens, la suppuration intra-utérine a diminué, mais elle est encore assez abondante, et l'écoulement a une odeur fétide. Nous songeons alors à employer les solutions de chloral et nous injectons dans la cavité utérine une solution au cinquantième de chloral.

Ces injections, répétées trois fois par semaine pendant un mois, amenèrent la complète disparition de l'écoulement.

Nous faisons en ce moment, à l'hôpital Beaujon, une série d'essais des solutions chloralées soit dans l'eau, soit dans la glycérine, dans le traitement de la vaginite et des ulcérations du col. Nous touchons même ces dernières avec le crayon de chloral; ces essais ne sont pas assez avancés pour que nous puissions encore donner des conclusions certaines; mais tout nous fait espérer que nous tirerons de ce moyen des résultats avantageux. De même aussi, dans les maladies de la conjonctive (ophthalmie purulente des nouveau-nés, conjonctivite chronique), nous avons employé comme modificateurs et le crayon de chloral et les solutions chloralées; mais là aussi nos observations sont trop récentes et trop peu nombreuses pour que nous puissions émettre une opinion définitive.

A propos des cavités suppurantes, il ne faut pas oublier que MM. Horand et Peuch (1) ont conseillé l'emploi de l'hydrate de chloral en nature dans les trajets fistuleux des tumeurs blanches, non pas pour modifier la suppuration, mais pour amener la disparition des douleurs si vives qui se déclarent quelquefois dans ces arthrites chroniques.

Ulcères cancéreux. — MM. Horand et Peuch ont aussi conseillé, toujours comme sédatif des douleurs locales, l'emploi du chloral en nature pour les pansements des ulcères cancéreux. Nous pensons qu'on pourrait en effet tirer un excellent parti, soit des solutions de chloral, soit du métachloral, pour le pansement des ulcères

(1) *Loc. cit.*

cancéreux, et, à l'action calmante signalée par ces auteurs, viendrait se joindre une action modificatrice et antiputride qui combattrait d'une façon efficace la suppuration d'odeur infecte dont ces ulcères sont le point de départ.

On aurait donc alors dans le chloral un médicament qui, sans amener la guérison du cancer, pourrait produire quelque soulagement, point le plus important dans la thérapeutique de pareilles affections.

Maladies de la vessie. — C'est surtout dans certaines maladies de la vessie, où les urines subissent dans l'intérieur de ce viscère des altérations rapides, que nous croyons que le chloral est appelé à rendre d'importants services.

Nous avons démontré en effet, M. Hirne et moi, et cela d'une façon concluante, que l'hydrate de chloral empêchait les altérations ultérieures de l'urine; ce corps, étant donc injecté dans la vessie, pourrait non-seulement amener la diminution des douleurs vésicales, mais encore empêcher les décompositions ammoniacales de l'urine. Malheureusement nous n'avons pas encore été à même d'appliquer ce procédé; mais, en présence des résultats fournis par nos expériences de laboratoire, nous ne doutons pas un seul instant du succès d'une pareille médication.

Nous arrêtons ici cette longue énumération des affections où le chloral peut rendre quelques services. Ce ne sont là que des indications principales. Mais, par cet aperçu, on pourra juger de l'importance de cette application externe du chloral et du métachloral. Nous nous permettons d'attirer sur ce point l'attention des médecins, persuadé qu'ils trouveront dans cette médication un agent nouveau fort efficace et fort utile dans un très-grand nombre de cas; et nous sommes convaincu que l'avenir réserve une place importante en thérapeutique à cette nouvelle application du chloral et de ses dérivés.

Du traitement de la syphilis acquise;

Par M. le docteur E. Lancereaux, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Pour juger sainement de l'influence du traitement sur une maladie quelconque, une première condition est absolument nécessaire, c'est la connaissance de la marche naturelle de cette maladie; si

cette connaissance fait défaut, le point de comparaison manque, le jugement est impossible, et on attribue aux bienfaits d'un traitement ce qui souvent est le fait de l'évolution spontanée. Dans les conditions où nous observons, il est assez rare de voir le développement naturel de la syphilis; car si nos malades ne se traitent pas eux-mêmes, ils demandent à être traités, et le médecin n'ose prendre sur lui la responsabilité d'abandonner à elle-même une maladie qui, en somme, n'est pas sans danger. Mais il est des contrées où les choses se passent autrement, puisque cette maladie y guérit sans traitement. D'un autre côté, les nombreux malades traités par les bois sudorifiques, par l'opium, etc., et qui ont guéri, doivent évidemment leur guérison autant aux efforts de la nature qu'à l'influence du traitement, qui a tout au plus joué le rôle d'adjuvant; et, bien qu'il y ait lieu de croire que la plupart des cures attribuées par les médecins anglais à la médication non mercurielle aient été relatives à des chancres mous plutôt qu'à des chancres syphilitiques, il est du moins fort admissible que la syphilis vraie n'a pas été étrangère à tous ces cas. Ainsi, la marche naturelle de la syphilis dans certaines contrées, les méthodes thérapeutiques antérieurement employées, l'observation journalière (1), montrent que cette maladie est susceptible de guérison spontanée, de sorte qu'un organisme modifié par le virus syphilitique peut, avec le temps, revenir à son type primitif et normal, sans qu'il soit toujours nécessaire de faire intervenir une médication active et des agents particuliers. La syphilis, à ce point de vue, ne diffère ni de la variole, ni de la fièvre typhoïde, ni du rhumatisme, ni de toute autre maladie, et le rôle du médecin appelé à la traiter consiste uniquement à venir en aide aux efforts de la nature et à favoriser la tendance à la guérison. Dans ces conditions, il est clair que la thérapeutique générale de la syphilis doit être expectante, c'est-à-dire que le médecin ne peut agir en vue d'idées théoriques, mais seulement lorsqu'il existe des indications formelles. Suivre la syphilis dans ses différentes phases et dans ses différents siéges, c'est le seul moyen de répondre à toutes les indications que présente cette maladie si longue et si variée.

---

(1) Diday (*Histoire naturelle de la syphilis*, 1863, p. 156) compte dix-huit syphilitiques guéris sans mercure et dont la guérison remonte à trois ans et demi et au delà.

Période d'incubation du chancre syphilitique. — Le médecin n'est pas appelé à traiter la syphilis à sa période d'incubation ; mais cependant on peut se demander si déjà à ce moment il n'y aurait pas, en cas de doute, quelque chose à faire. Le virus syphilitique étant considéré comme un poison, quelques auteurs ont cru à la possibilité de le combattre directement dans le sang. Pour moi, dit Swediaur, il est vraisemblable que les remèdes mercuriels entrent dans la masse des humeurs, se mêlent avec le virus, et exercent sur lui une action chimique directe, par laquelle sa nature et ses effets sont détruits. Cette théorie, pendant longtemps acceptée, régnait encore naguère, et même aujourd'hui elle compte des partisans. Partout on entend répéter que le mercure neutralise le virus syphilitique, on en est à chercher le contre-poison de la syphilis comme celui du choléra et bien d'autres. C'est là le résulat d'une fausse éducation médicale, et je pense, avec Graves, que la syphilis et le mercure ne sont point, comme un acide et un alcali, deux forces opposées dont l'existence simultanée est impossible. Évidemment, on ne peut contester qu'une substance toxique, quelle qu'elle soit, ne puisse être neutralisée sur place ; mais une fois qu'elle est absorbée, il n'est pas moins incontestable qu'il n'y a plus qu'un moyen de combattre ses effets ou de s'opposer à leur manifestation, c'est de produire des effets physiologiques capables de rétablir la fonction primitivement troublée. Or, dans l'espèce, le mercure, regardé comme un agent spécifique par les partisans de la neutralisation des poisons, est aussi incapable de modifier ou d'annihiler le virus syphilitique pendant la période d'incubation, qu'il sera plus tard incapable de prévenir les accidents secondaires ou tertiaires. Par conséquent, pas d'hésitation, abstention complète de toute médication mercurielle pendant le cours de l'incubation syphilitique, pas de traitement préventif.

Doit-il en être ainsi de tout traitement local? On pourrait le croire, si on basait sa règle de conduite uniquement sur l'analogie, car on sait qu'une cautérisation même énergique, pratiquée immédiatement après l'inoculation de la vaccine, de la variole ou de la clavelée, n'arrête en aucune façon le développement de ces maladies. Toutefois le succès des inoculations successives faites par Wallace, Puche, Lindwurm, démontre que l'immunité résultant de l'infection de l'organisme par le virus syphilitique n'est pas immédiate, qu'elle ne se produit qu'après un certain temps, comme si ce virus

était tout d'abord renfermé dans un cercle plus ou moins étroit. Sur ce point, du reste, l'observation clinique semble conforme à l'expérimentation. Sigmund (1) a établi, sinon d'une façon rigoureuse, au moins avec une grande probabilité, que le virus syphilitique reste local pendant un espace de temps qui varie de un à plusieurs jours, et qui est moins long que la période d'incubation de l'accident primitif. Sur 57 cas de contagion probable de la syphilis chez des individus qui avaient mis une partie excoriée en contact avec de la matière syphilitique (médecins, accoucheuses, nourrices, etc.), 35 furent traités par la cautérisation du point contaminé, 22 furent abandonnés à eux-mêmes. Des 35 malades cautérisés du premier au dixième jour de la contamination, 10 devinrent syphilitiques, soit environ 22 pour 100. Des 22 malades abandonnés à un traitement indifférent, 11 furent atteints de syphilis, soit 50 pour 100. Cette différence considérable entre les deux résultats, et tout à l'avantage du traitement par la cautérisation, est bien plus significative si l'on ne tient compte que des cas où la cautérisation a été précoce. Parmi les 35 individus cautérisés, 24 le furent du premier au troisième jour, la syphilis ne se développa que chez 3, soit 12 pour 100 ; tandis que des 11 autres, qui furent cautérisés du cinquième au dixième jour, 7 devinrent syphilitiques, soit 63 pour 100 ; ce qui tendrait à établir que la cautérisation cesse d'être utile quand la contamination remonte à plus de quatre jours. Pratiquée, au contraire, dans les trois premiers jours qui suivent le contact suspect, cette opération paraît avoir des avantages réels, et, sans assurer une immunité absolue, elle semble offrir des chances de salut quatre ou cinq fois plus que l'inaction. La cautérisation préventive a été faite de manière à détruire non-seulement la surface par laquelle a pu se faire la contamination, mais encore le tissu ambiant. Les caustiques employés de préférence ont été la pâte de Vienne, la solution alcoolique de sublimé et le sulfate de cuivre. La pâte de Vienne a donné 86 préservations sur 100, le sulfate de cuivre 66 et le sublimé 57. Pendant que l'eschare se détache, et après sa chute, Sigmund recommande les lavages et les pansements avec la solution concentrée de chlorure de chaux.

---

(1) Sigmund, *Ueber die Behandlung der ersten Merkmale und Erscheinungen der Syphilis* (*Wien. med. Wochenschrift*, XVII, 43, 44, 46, 53. 1867) et *Gaz. hebd.*, p. 411, 1857.

Période de l'accident primitif ou chancre syphilitique. — L'accident primitif s'est révélé, la syphilis existe à n'en plus douter; doit-on dès lors commencer un traitement général? Faut-il différer ce traitement jusqu'à l'apparition des accidents constitutionnels? Pour moi, répond Ricord, une induration bien nettement formulée me suffit pour prescrire le traitement général, et, du premier jour où je puis la constater, j'attaque de front la diathèse. Contre le chancre induré, le chancre huntérien, écrit Diday, donnez le mercure (de préférence le proto-iodure); contre l'érosion chancriforme, pas de traitement interne. Baerensprung, au contraire, repousse formellement les préparations mercurielles, il recommande contre le chancre induré les dérivatifs et les sudorifiques, particulièrement les bains russes. Dans ces conditions, la guérison des chancres se fait attendre plus longtemps, et les rechutes sont plus fréquentes; mais elles n'ont lieu que dans les premiers mois qui suivent l'infection, au plus tard le quatrième mois, et elles se bornent à quelques syphilides superficielles de la peau et des muqueuses. Jamais le syphiligraphe de Berlin n'a observé de syphilis tertiaire chez des malades traités par lui et qui s'étaient abstenus de l'usage des mercuriaux.

Mon observation personnelle concorde avec celle du médecin allemand. Mes malades, généralement soumis, pendant la période du chancre, à une hygiène sévère et à un régime légèrement tonique, me présentent quelquefois des accidents secondaires, la roséole surtout, mais très-rarement des accidents tertiaires. D'ailleurs, que peut-on attendre du traitement mercuriel à cette époque de la syphilis? Va-t-il prévenir les accidents secondaires? En aucune façon, Martin, Bassereau, Leudet, H. Lee, Bazin, Gibert, s'accordent à admettre, d'après une observation rigoureuse, que les mercuriaux employés dans la curation des symptômes primitifs ne préservent pas des manifestations secondaires, et qu'ils servent au plus à en retarder l'apparition. Des faits nombreux, consignés par Diday dans son dernier ouvrage, témoignent, d'autre part, de l'impuissance du mercure en tant que préventif des accidents généraux. Un premier point peut être établi : le mercure ne s'oppose pas à la manifestation des accidents secondaires, conséquemment il n'attaque pas la diathèse comme le prétend Ricord, et, à ce point de vue, il est inutile, sinon nuisible. Relativement à l'action du mercure sur l'accident primitif, Baerensprung observe que la durée du chancre est

plus longue lorsqu'on n'a pas recours aux préparations mercurielles ; les faits sur lesquels il base son opinion tendent à faire supposer que cet agent favorise la résorption de l'induration. Ainsi le traitement mercuriel convient à la période d'éruption locale, quand un chancre fortement induré tarde à se résoudre : le mercure alors peut jouer le rôle d'un adjuvant utile et d'autant plus nécessaire, que le système ganglionnaire lymphatique est plus profondément atteint. Dans tout autre cas, les soins de propreté suffisent le plus souvent à la thérapeutique du chancre infectant, c'est-à-dire les lavages avec le vin aromatique ou l'alcool mêlé d'une quantité variable d'eau, et le pansement avec une pommade au calomel, ou simplement avec de la charpie sèche.

Donc, sans vouloir proscrire absolument le mercure du traitement de l'accident primitif, je ne puis approuver la routine dangereuse de certains spécialistes qui ne manquent jamais, en présence de cet accident, de faire intervenir un traitement mercuriel qu'ils continuent pendant un temps plus ou moins long, souvent au préjudice du malade, qu'ils débilitent s'ils ne le rendent réfractaire aux effets d'un remède qui plus tard pourrait leur rendre de grands services. Quant à croire que ce médicament est capable de faire avorter la syphilis, c'est une illusion que peuvent avoir ceux-là seulement qui ignorent l'évolution naturelle de cette affection. Mais si le mercure est un agent qui ne doit être employé qu'à des moments opportuns, l'hygiène, au contraire, est de tous les instants, et jamais plus qu'au début de la syphilis il n'est avantageux d'en suivre les règles sévères, car c'est à la soumission plus ou moins formelle à ces règles que sont généralement subordonnés le degré de gravité et la guérison plus ou moins rapide de la maladie.

La cautérisation pratiquée, comme le faisait Ricord, au début du chancre est chose superflue et inutile dès l'instant que cet accident est la première expression phénoménale de la modification de l'organisme. Si cette méthode a pu enregistrer quelque succès, c'est évidemment parce qu'elle a été employée à la fois contre le chancre mou et le chancre infectant, à une époque où la distinction de ces deux espèces n'était pas encore connue (1). L'expé-

(1) On consultera avec fruit, sur le traitement de la syphilis, une discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie en 1867, et à laquelle ont pris part un grand nombre des membres de cette Société, MM. Dolbeau, Des-

rience a, du reste, parlé sur ce point. J.-L. Petit, qui dès le début de sa pratique se mit à exciser les chancres indurés préputiaux, finit par renoncer plus tard à cette opération qu'il jugea inutile. Plus récemment, Diday ne réussit pas à empêcher l'infection constitutionnelle, malgré la destruction, à l'aide des pâtes carbo-sulfurique ou de chlorure de zinc, de chancres qui avaient moins de trois jours de durée ou seulement vingt-quatre heures. Ainsi, la méthode abortive dirigée contre l'accident syphilitique primitif est tout au moins inutile.

Les ferrugineux, les toniques, et même l'hydrothérapie, sont des moyens que réclame le plus souvent l'état général du malade, et que rendent indispensables certaines complications, telles que le phagédénisme, qui est l'indice d'une tendance fâcheuse du mal que les anciens désignaient par le mot *malignité*. Dans ce cas, un traitement local devient nécessaire ; la cautérisation, voilà la barrière la plus sûre à opposer au phagédénisme. Ricord donne la préférence à la pâte sulfo-carbonique, et si les chancres sont très-vastes il conseille d'avoir recours au chloroforme pour amoindrir les douleurs de l'opération. Rollet se sert plutôt du fer rougi à blanc ou de la pâte au chlorure de zinc, avec les précautions que nous indiquerons plus loin. Dans certains cas pourtant, de simples pansements avec une solution de tartrate ferrico-potassique et le fer pris à l'intérieur sont des moyens qui parviennent à triompher du mal. Ajoutons que l'alcool camphré et surtout l'iodoforme ont pu être employés avec succès en pareil cas. En cas de complication inflammatoire, le repos, les bains, les cataplasmes émollients trouveront leur application. Ces moyens serviront encore à combattre le phimosis et le paraphimosis ; mais si le prépuce ou une portion du gland menaçaient de tomber en sphacèle, on comprend qu'il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une opération qui n'a pas ici, comme dans le chancre mou, l'inconvénient de réinoculer l'accident vénérien. Rien n'est plus simple, en effet, que d'enlever l'extrémité du prépuce et le chancre qui s'y est fixé.

(La suite au prochain numéro.)

---

près, Alp. Guérin, Depaul, Verneuil, Maurice Perrin, etc. — *Nota*. Cette discussion a été analysée dans le *Bulletin de Thérapeutique* (1867), t. LXXIII, p. 15 et 67.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des ponctions évacuatrices dans les épanchements articulaires du genou ;

Par M. le docteur A. Desprès, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

(RAPPORT LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE LE 14 MAI 1873.)

Messieurs, M. le docteur Dieulafoy est venu lire devant vous un travail sur l'efficacité des ponctions évacuatrices dans les collections séreuses hématiques et purulentes des articulations, appliquant ainsi aux séreuses articulaires des opérations qu'il a proposées pour d'autres séreuses. Un appareil aspirateur, adapté à des trocarts capillaires plongés dans l'article, au niveau du cul-de-sac interne de la synoviale du genou, paraît remplir à merveille et sans danger les conditions favorables pour les évacuations de ces collections de liquide.

Ce sujet est nouveau ; il est digne de votre attention, et vous pardonnerez à votre rapporteur de donner un peu de développement à ce rapport.

Le travail de M. Dieulafoy repose sur vingt-deux observations. Ces observations ne figurent point au mémoire; mais l'auteur ayant dit qu'il les tenait à la disposition de la Société, je les lui ai demandées, et nous allons pouvoir les étudier devant vous.

Soixante-cinq fois, dans les diverses observations, la ponction, suivie d'aspiration, a été pratiquée dans une articulation, une seule fois, ou à plusieurs reprises. Aucune de ces opérations n'a été suivie d'accident. Cela est bien établi. Même en comptant le fait de ponction suivi d'accidents, signalé ici par notre collègue M. Dubrueil, on est obligé d'admettre que les ponctions capillaires évacuatrices dans les articulations sont exceptionnellement suivies d'arthrites et de complications graves, dans les cas où la lésion articulaire est une collection séreuse, séro-sanguinolente ou purulente. Les observations de M. Dieulafoy ne portent en effet que sur des cas de ce genre.

Après avoir reconnu que les ponctions capillaires évacuatrices étaient innocentes dans les épanchements séro-sanguinolents et purulents, examinons les observations au point de vue de l'ef-

ficacité du traitement de ces lésions par la ponction capillaire évacuatrice.

Les observations de l'auteur peuvent être divisées, et je me servirai ici des termes classiques, en hydarthroses aiguës d'origine traumatique (à ce premier groupe je rattacherai les observations que M. Dieulafoy appelle des *épanchements sanguins*), en hydarthroses *à frigore*, rhumatismales, en synovites chroniques avec épanchements séreux ou séro-purulents, qui étaient appelées autrefois *hydarthroses chroniques* ou *arthrites non suppurées*.

L'auteur ne divise pas nettement de la même manière ses observations ; il les divise surtout d'après la durée du traitement :

1° Hydarthroses qui guérissent par une à trois aspirations après un traitement de trois à huit jours. Ce sont, dit-il, principalement les hydarthroses traumatiques ;

2° Les hydarthroses aiguës *à frigore* ou rhumatismales dont le liquide renferme des leucocytes avec le liquide séreux, et qui nécessitent quatre à six aspirations pendant un traitement de huit à quinze jours ;

3° Les hydarthroses anciennes et certaines hydarthroses rhumatismales qui se reproduisent avec une facilité inouïe, où il faut faire quelquefois deux aspirations dans la même journée, et qui guérissent généralement dans le courant du troisième septénaire. Pour les épanchements purulents francs, M. Dieulafoy n'a point fait de distinction, quoique l'un des faits qu'il cite soit relatif à une arthrite franche et les trois autres à des hydarthroses chroniques à rechute. Tout se résume donc pour l'auteur à une question de durée de traitement. Il y a des épanchements articulaires qui exigent plus ou moins d'aspirations. Mais je dois faire remarquer de suite que M. Dieulafoy néglige la durée totale de la maladie.

La rapidité de la guérison dans plusieurs observations est tout à fait caractéristique, mais la durée du mal est plus ou moins longue. Ajoutons cependant que les observations où la guérison a été le plus vite obtenue appartiennent à un médecin qui les a communiquées à M. Dieulafoy, tant il est vrai qu'en fait de nouveauté thérapeutique il y a toujours des médecins qui, de suite, font mieux que les inventeurs.

Sans entrer dans les détails du procédé de M. Dieulafoy, je dois dire pourtant que notre confrère emploie la compression du genou après la ponction, et que même, un médecin anglais, M. Jessop, a

placé le genou dans un appareil inamovible après la ponction. Mais il y a dans toutes les observations une particularité sur laquelle il est bon d'insister. C'est la petite quantité relative de liquide que les aspirations ont retirée du genou, 60 grammes en moyenne pour les hydarthroses traumatiques, 70 grammes dans les hydarthroses rhumatismales (le plus qui en ait été jamais extrait est 120 grammes); 40 grammes dans les hydarthroses à liquide séro-purulent. Il n'est pas moins important de constater que, dans une observation d'hydarthrose rhumatismale, après une ponction évacuatrice de 70 grammes de sérosité limpide, le liquide s'est reproduit le lendemain en quantité égale, a été évacué de nouveau sept jours de suite après une reproduction quotidienne et toujours équivalente, et s'est ensuite reproduit pendant neuf jours en quantité moindre mais toujours égale. Ce fait, entre plusieurs, démontre très-clairement qu'il y a eu des cas où les aspirations n'ont eu aucun effet curatif jusqu'au moment où la cause qui entretenait le liquide dans l'article avait cessé d'exister. Sans doute l'on dira qu'il s'agit ici d'hydarthroses rhumatismales ; mais je répondrai que, dans la moitié des cas d'hydarthroses traumatiques, il y a eu une ou deux fois de suite reproduction du liquide. Il faut tirer de ces remarques ce premier enseignement, que ce n'est pas le liquide amassé dans une articulation qui est toute la maladie, et que la dernière ponction évacuatrice pratiquée sur une articulation peut être seule regardée comme curative. Ai-je besoin de rappeler que les ponctions simples, dans les hydrocèles de la tunique vaginale, sont d'une efficacité proverbiale pour la guérison définitive, quelle que soit leur répétition ?

Pour tous les épanchements articulaires séreux, séro-purulents ou séro-sanguins qui existent dans les hydarthroses traumatiques ou rhumatismales, les arthrites résolutives, si je puis ainsi dire, telles que l'arthrite rhumatismale simple ou blennorrhagique, les ponctions évacuatrices font-elles mieux et plus vite que les autres moyens mis en usage ? Ces ponctions font-elles mieux que les ponctions et injections iodées pour les hydarthroses chroniques ou synovites simples ? Telle est la question à résoudre. Je ne parle pas des ponctions dans les articulations dans lesquelles on suppose qu'il existe un épanchement sanguin ; par exemple, quand il y a fracture articulaire, elles me paraissent devoir être entièrement repoussées, comme on doit repousser toute tentative d'évacuation de sang

épanché dans le foyer d'une fracture ou d'une contusion profonde. Sur le premier point, je demande à mes collègues la permission d'insister, car la chirurgie ne saurait admettre qu'il y a des opérations facultatives, c'est-à-dire inutiles.

Si je dépouille les observations de M. Dieulafoy, je trouve :

1° Que pour les hydarthroses traumatiques la durée moyenne du mal a été de huit jours ;

2° Que pour les hydarthroses doubles, c'est-à-dire les hydarthroses rhumatismales, la guérison a été obtenue les seizième, vingt-deuxième, trente-septième et cent cinquième jours, après des ponctions évacuatrices répétées.

A partir du commencement du traitement, il faut reconnaître que la guérison a été assez rapide dans quelques cas, mais ce n'est que quand le mal était déjà de date très-ancienne, dix semaines, par exemple, qu'on peut, avec une seule ponction, guérir l'hydarthrose (une observation communiquée à l'auteur par M. Duplouy, de Rochefort).

On est toujours porté à exagérer les maux que l'on a guéris, parce que l'on est, en effet, sollicité par l'enthousiasme, c'est-à-dire un excès de foi dans le remède dont on s'est servi. Cette tendance est appréciable dans les observations, et il est besoin de rétablir ici contre les livres classiques, la vérité à l'égard de la durée des hydarthroses traitées par le repos et les révulsifs. Depuis Boyer, l'on répète que « l'hydarthrose est d'un pronostic grave, sauf les hydarthroses rhumatismales, qui peuvent se résoudre en peu de temps. » Tous les chirurgiens depuis ne voyaient dans l'hydarthrose que les épanchements articulaires chroniques. Les nouveaux dictionnaires sont muets sur ce chapitre. Il y a bien dans le *Traité de pathologie* de M. Nélaton un mot qui indique un commencement de distinction, puisqu'il dit que l'hydarthrose est parfois d'origine traumatique, mais il est ajouté encore que l'hydarthrose est d'un pronostic grave. La douleur, la perte de fonction du membre et surtout les complications possibles étaient le motif de ce pronostic grave. M. Dieulafoy a suivi ses devanciers, il tient les hydarthroses pour graves et durables, et c'est tout à fait incidemment qu'il dit que les hydarthroses traumatiques guérissent plus vite que les hydarthroses d'origine rhumatismale.

Nous allons, si vous le voulez bien, chercher ce qu'il y a de positif dans l'ancien pronostic des hydarthroses. Depuis que je vois

des malades dans les hôpitaux, et vos souvenirs vous rappelleront les mêmes faits, j'ai vu des malades entrer à l'hôpital atteints d'hydarthrose après une chute sur le genou ou un faux pas qui, traités par les ventouses, le vésicatoire volant avec ou sans compression et par le repos au lit, ont vu disparaître les douleurs et sont sortis guéris le huitième ou le dixième jour. Nous avons tous vu des malades atteints d'hydarthroses doubles, c'est-à-dire rhumatismales qui, après trois semaines ou un mois de repos, de vésicatoires ou de lotions de teinture d'iode, guérissaient après avoir présenté des rechutes passagères. Mais je ne me suis point borné à ce souvenir, j'ai pris, pendant le mois de novembre dernier, l'observation de toutes les hydarthroses qui ont passé dans mon service à l'hôpital Cochin. Ce sont des faits non choisis, pris au hasard et semblables à ceux que vous avez rencontrés dans vos services. Voici ces faits ; ils sont au nombre de six ; le volume des hydarthroses était à peu près le même, un genou doublé de volume comme dans les observations invoquées par M. Dieulafoy ; les seuls malades qui se plaignaient de douleurs vives que ne calmait point le repos, étaient les rhumatisants :

Une hydarthrose traumatique (chute sur le genou) traitée le lendemain de l'accident par un grand vésicatoire et le repos au lit, a disparu en six jours. La malade se leva le huitième jour ; un peu de liquide s'est reproduit, mais le quinzième jour la malade sortait complétement guérie.

Une hydarthrose traumatique (chute sur le genou) traitée d'abord en ville par les lotions avec la teinture d'iode, le malade continuant à vaquer à ses occupations. Le mal restant stationnaire, deux vésicatoires furent alors appliquées. Le cinquante et unième jour après l'accident, le malade entre à l'hôpital. Le deuxième vésicatoire suppurait encore. Après dix jours de repos absolu au lit, le malade sortait guéri.

Une hydarthrose traumatique (faux mouvement) dans l'un des genoux, dans lequel quatre ans auparavant il y avait déjà eu une hydarthrose traumatique qui avait été guérie dans l'espace de huit jours par le moyen des ventouses et du repos. Le malade entre à l'hôpital deux jours après l'accident ; il est traité par un vésicatoire volant et par le repos au lit, et il sort guéri le dixième jour après le début de son mal.

Une hydarthrose traumatique (coup sur le genou) chez un homme

qui avait eu, trois ans auparavant, dans le genou du côté opposé une hydarthrose *à frigore*, qui avait guéri par les pointes de feu. Six jours après l'accident, le malade est traité en ville par un vésicatoire volant. Le liquide se reproduit et le malade entre à l'hôpital Cochin, où il est traité par le repos absolu au lit et quelques pointes de feu. Le vingt-neuvième jour après le début de son mal, vingt jours après l'entrée à l'hôpital, le malade est guéri. Ce malade avait uneteinte rhumatismale.

Une hydarthrose rhumatismale d'un seul genou chez un malade qui, en 1871, avait eu des douleurs dans les articulations. Traitée d'abord en ville par les embrocations d'huile camphrée et la compression avec de l'ouate, l'hydarthrose restait stationnaire. Le malade entre à l'hôpital le huitième jour, repos absolu au lit, lotions avec la teinture d'iode. Le liquide diminue d'abord et se reproduit. Un vésicatoire est appliqué ; le liquide disparaît presque complétement ; il se reproduisait quand le malade s'était levé une demi-journée. Une genouillère élastique est appliquée. Le liquide disparaît et ne se reproduit plus. Le trente et unième jour, le malade était guéri.

Une hydarthrose rhumatismale à rechutes chez un convalescent de fièvre typhoïde. Le malade entre à l'hôpital sept jours après le début d'une hydarthrose du genou droit. Repos, teinture d'iode, diminution progressive du gonflement. Le seizième jour, le genou droit avait repris son volume normal, mais le genou gauche est atteint à son tour. Le dix-huitième jour, douleur dans l'épaule droite et le cou-de-pied droit. Le vingt et unième jour, reproduction d'une légère quantité de liquide dans le genou droit. Le vingt-neuvième jour, le liquide a entièrement disparu des deux genoux. Le malade reste encore à l'hôpital pour des douleurs dans diverses articulations ; il sort guéri le quarante-cinquième jour. Ici le repos et la révulsion avec la teinture d'iode et un peu d'opium à l'intérieur avaient été seuls employés.

Qu'ont fait les ponctions évacuatrices dans des cas semblables ? Voici les faits de M. Dieulafoy relatifs aux hydarthroses traumatiques :

Une hydarthrose traumatique (faux pas) ; un vésicatoire est appliqué le quatrième jour ; le dixième, une ponction évacuatrice est faite, une bande roulée est appliquée et le malade sort de l'hôpital le treizième jour. (Observation de M. Dieulafoy.)

Une hydarthrose traumatique (chute sur le genou) ; le douzième jour, le treizième et le quinzième jour à partir du début du mal, une ponction capillaire évacuatrice est répétée, la compression est exercée sur le genou. Le vingtième jour, le malade est guéri. (Observation de M. Dieulafoy.)

Il y a deux observations communiquées par M. Aubry à M. Dieulafoy, où une seule aspiration pratiquée sur une hydarthrose traumatique avait guéri le mal en trois et cinq jours. Mais ces faits n'offrent point de détails sur l'état des malades à leur sortie de l'hôpital.

Il y a, en outre, un fait d'hydarthrose traumatique, traitée quatre mois en vain par les anciennes méthodes, qui a été guérie après une ponction, et dix jours après, le malade semblait complétement guéri. Le malade, dit M. Lecuyer, l'auteur de l'observation, n'a pu être suivi.

Vous voyez les résultats de cette comparaison. Dans les faits de M. Dieulafoy, la durée totale du mal, traité presque au début, est de dix à vingt jours; la durée moyenne du mal chez les malades de l'hôpital Cochin, traités dès le début, est de dix à dix-huit jours. Les ponctions capillaires évacuatrices dans les hydarthroses traumatiques ne sont donc pas plus efficaces que les anciennes méthodes; l'avantage, s'il existe, n'est réel que pour les hydarthroses anciennes mal soignées par les malades eux-mêmes. M. Dieulafoy cite, en effet, ce cas où, au quatrième mois, une seule ponction a guéri en peu de jours une hydarthrose, tandis que les vésicatoires à l'hôpital Cochin n'ont guéri qu'en dix jours une hydarthrose qui avait duré cinquante et un jours.

Pour les hydarthroses rhumatismales, les ponctions, qui ont dû être répétées jusqu'à trente fois sur un même malade, ne sont pas supérieures aux anciennes méthodes. Ces hydarthroses ont eu à l'hôpital Cochin une durée de un mois en moyenne. Dans les faits de M. Dieulafoy, où la durée du mal est indiquée, on trouve plus de vingt-deux jours de durée dans un cas, trois mois et demi dans un autre, et enfin, il y a un fait où le trente-septième jour on a obtenu une amélioration seulement. Ce cas est relatif sans doute à une hydarthrose goutteuse. Mais je veux aller plus loin : il y a, parmi les observations rapportées par M. Dieulafoy, une observation due à M. le docteur Douaud (de Bordeaux) où il y a la comparaison involontaire entre le vésicatoire et la ponction évacuatrice. Cette

comparaison est conforme à celle que nous faisons nous-même. Au vingt et unième jour du début d'une hydarthrose rhumatismale du genou droit, une ponction est pratiquée et suivie de compression; quatre jours après, la malade était guérie. Un mois après, le genou gauche est pris d'hydarthrose et traité par le vésicatoire et l'immobilisation ; sept jours après le commencement du traitement, c'est-à-dire le quinzième jour, il y avait eu de suite une amélioration considérable ; le vingt-huitième jour, la malade était complétement guérie. Le mal dans les deux genoux a eu une durée à peu près égale, et cela tient à ce que les hydarthroses rhumatismales ont une durée normale et que toute la lésion n'est point dans le liquide que renferme l'articulation.

Les observations relatives aux ponctions dans les arthrites blennorrhagiques ne sont pas plus concluantes que les précédentes en faveur des ponctions évacuatrices. Voici le fait présenté à l'Académie de médecine par M. Laboulbène (1). Un malade atteint d'arthrite blennorrhagique fixée au genou, malade depuis deux jours, entre à l'hôpital Necker. Le septième jour, il y a des douleurs vives. M. Laboulbène fait une ponction évacuatrice et retire 92 grammes de liquide. *La douleur n'a pas disparu.* Le neuvième jour de la durée du mal, c'est-à-dire deux jours après la première ponction, le liquide se reproduit malgré un bandage compressif appliqué sur l'articulation.

Le dix-septième jour, nouvelle ponction et évacuation de 100 grammes de liquide. Le vingt et unième jour il y avait encore du liquide reproduit ; le vingt-huitième jour, le malade allait bien, le liquide avait disparu. Il n'y a point de nouvelles ultérieures, si ce n'est que le malade a guéri plus tard. Admettons, si vous voulez, que le mal était en voie de guérison le vingt-huitième jour ; mais remarquez qu'il s'agit ici d'une arthrite légère, puisqu'il est dit dans l'observation qu'il n'y avait point de rougeur de la peau, ce qui existe pourtant dans un certain nombre d'arthrites blennorrhagiques et d'arthrites chez les femmes enceintes, bien que les arthrites ne soient point destinées à suppurer. Les arthrites blennorrhagiques ont, en général, une durée de un mois à six semaines, et je n'ai pas besoin de vous rappeler que la thérapeutique recommandée pour les arthrites, les sangsues, les vésicatoires, la com-

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1872.

presssion et les mouvements gradués aussitôt après la disparition des douleurs, ont procuré la guérison dans la très-grande majorité des cas. Que résulte-t-il donc de ce fait? La guérison est-elle liée à la ponction évacuatrice? Non, certes, puisque le liquide s'est reproduit deux jours après. La douleur a-t-elle disparu après la ponction? Pas davantage. A la longue pourtant les douleurs ont disparu; mais il faut considérer que si l'on a fait une seconde ponction, la compression méthodique et l'immobilisation du genou ont été aussi mises en usage comme nous les pratiquons habituellement après l'application des émissions sanguines locales ou le vésicatoire. Ici donc, les ponctions n'ont rien fait de plus que les révulsifs et la compression.

Qu'on ne me cite pas ici des arthrites blennorrhagiques qui ont suppuré : pour leur opposer l'observation de M. Laboulbène, il faut comparer des choses semblables. Oui, nous avons vu des arthrites blennorrhagiques qui ont duré plus de six semaines, mais il y a déjà une observation d'arthrite blennorrhagique traitée par les ponctions évacuatrices qui constate une durée du mal de cent trente jours. M. Le Bêle (du Mans), cité par M. Dieulafoy, rapporte brièvement qu'il a traité par trois aspirations une arthrite blennorrhagique avec gonflement et rougeur du membre, dont la résolution a suivi ensuite une marche régulière, et le malade est sorti guéri cent vingt jours environ après son entrée à l'hôpital.

Les observations de M. Dieulafoy relatives à ce qu'il appelle les *épanchements purulents*, sont mal étiquetées, car ce sont des arthrites rhumatismales qui ont une durée d'un mois à six semaines, et dont le liquide n'a été reconnu purulent qu'à l'aide du microscope ou une couleur lactescente du liquide. Il n'y a qu'un fait significatif. Il s'agit d'un homme atteint d'une périostite suppurée de l'humérus, qui eut une tuméfaction du genou gauche. Le chirurgien fit une ponction évacuatrice, et tira environ 60 grammes d'un liquide limpide. Six semaines après, l'articulation se gonfla de nouveau et le chirurgien tira du pus épais. Le malade sortit de l'hôpital guéri un mois après. Dans ce cas seulement, il a été retiré du pus. L'observation est de M. Jessop (de Londres). Cette observation est brève, messieurs, et si je ne me retenais, je dirais que le pus de la deuxième ponction évacuatrice est le fruit de la première.

Mais à côté de tous ces faits, il y a une observation que j'ai déjà citée plus haut, où, après des traitements de toutes sortes, l'hydar-

throse était restée stationnaire, et a guéri au deuxième mois après le début du mal, par une ponction et l'immobilisation du membre pendant vingt-cinq jours dans une gouttière de Bonnet. Ici la ponction a eu un excellent effet.

Il y a aussi des hydarthroses du genou, qui sont entretenues par des corps mobiles et par des arthrites sèches, anciennes, simples ou consécutives à un tranmatisme articulaire. Celles-là ne se guérissent point par les vésicatoires, et il est acceptable d'employer pour ces cas les ponctions capillaires évacuatrices à titre de moyen palliatif, surtout quand l'hydarthrose est volumineuse.

Enfin, il y a les vingt-quatre observations de Bonnet (de Lyon), de Velpeau et M. Boinet (1), les deux observations de M. Chassaignac (2), et les deux faits que j'ai cités moi-même, où l'on a dû, pour des hydarthoses chroniques rebelles faire, en imitation de Gay cité par Boyer, une ponction et une injection irritante dans l'article. Dans de semblables cas, les ponctions évacuatrices proposées par M. Dieulafoy sont acceptables en principe, et il est bon d'y joindre les injections iodées.

Une fois déjà, messieurs, il a été dit aux chirurgiens qu'il y avait un traitement d'un usage général contre les hydarthroses. L'efficacité du moyen au début semblait certaine. Vous vous rappelez le mémoire de Gimelle (3) sur le traitement de l'hydarthrose par l'émétique. Les chirurgiens en ont fait l'essai quelque temps, mais bientôt ils ont abandonné la révulsion par l'émétique, et ont gardé cette médication seulement pour quelques arthrites traumatiques. Comprenait-on déjà qu'un remède unique ne pouvait convenir aux lésions d'origines diverses groupées sous le nom d'hydarthroses ? Le traitement que propose M. Dieulafoy est, comme celui que proposait Gimelle, trop général et a le défaut de s'appliquer à des épanchements beaucoup trop différents les uns des autres.

Votre rapporteur pense, en résumé, que dans les hydarthroses d'origine traumatique les anciennes méthodes de traitement guérissent le mal aussi bien et aussi vite que les ponctions évacuatrices.

Que dans les hydarthroses de nature rhumatismale, les ponctions n'ont aucun effet, parce que le liquide se reproduit si les ponctions sont pratiquées au début de l'hydarthrose, et parce que les ponctions

(1) Boinet, *Iodothérapie*, 2e édit. Paris.

(2) Chassaignac, *Traité d s opérations chirurgicales*, t. II.

(3) Gimelle, *Bulletin de Thérapeutique*, 1837.

ne guérissent le mal que quand il s'est déjà écoulé un laps de temps de vingt à trente jours, c'est-à-dire le temps nécessaire à la cessation de l'état d'irritation de la synoviale, qui est la vraie cause du mal.

Que dans l'arthrite blennorrhagique, c'est-à-dire le rhumatisme mono-articulaire des individus atteints de blennorrhagie, les ponctions ne hâtent pas plus la guérison du mal que les révulsifs. Il n'y a d'ailleurs que deux observations publiées où ce traitement a été appliqué. Peut-être doit-on redouter qu'un jour, après une ponction évacuatrice dans une arthrite blennorrhagique, celle-ci puisse devenir arthrite suppurée franche.

Que dans les hydarthroses chroniques qui depuis plus de deux mois restent stationnaires, ainsi que cela existait dans trois observations invoquées par M. Dieulafoy, la ponction évacuatrice a eu une action curative évidente. Il en a été de même pour un épanchement purulent. Sur ce point, l'expérience des devanciers qui ont pratiqué, dans des cas de ce genre, des ponctions et des injections justifie l'usage de la ponction évacuatrice. Et pour atteindre le but de ce traitement, l'excellent appareil de M. Dieulafoy me paraît mériter votre approbation.

Enfin, que dans les épanchements de sang à l'intérieur de l'articulation du genou, les ponctions évacuatrices sont nettement contre-indiquées.

Le mémoire de M. Dieulafoy est extrait d'un travail général en cours de publication sur la méthode aspiratrice dans les épanchements ; nous avons eu les prémices de la partie relative aux hydarthroses, objet de ce rapport. La Société voudra bien, sur la proposition de la commission et de son rapporteur :

1° Adresser des remercîments à l'auteur;

2° Voter le dépôt de son manuscrit aux archives.

La méthode aspiratrice a été accueillie avec une faveur dont certes elle est bien digne. Mais n'est-il pas arrivé que pour elle, comme pour toute méthode thérapeutique nouvelle, pour tout agent thérapeutique nouvellement proposé, les applications, dans un certain nombre de cas, aient été faites sans assez de discernement? Cette question peut se poser surtout à propos des épanchements articulaires du genou. Le rapport de M. Desprès, dont les conclusions ont reçu une approbation à peu près unanime de la Société de chirurgie, donne à cette question une solution qui semble faire sa part à chaque catégorie de cas. On peut penser toutefois que cette solution ne fera pas loi pour tous les chirurgiens : l'expérience clinique viendra donc fournir de nouveaux éléments d'appréciation. Nous ne manquerons pas de les faire connaître.

CHIMIE ET PHARMACIE

Des tartrates et des citrates de fer et de leurs combinaisons ammoniacales;

Par M. le docteur C. Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker.

L'usage des sels de fer au minimum d'oxydation, que l'on vante aujourd'hui et non sans raison, m'engage à publier les expériences suivantes, qui ont surtout pour objet la préparation d'un protosel de fer des plus inaltérables (le tartrate) et deux sels doubles de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque (le tartrate et le citrate), d'une composition constante et d'une facile conservation.

Tartrate ferreux $C^8H^4O^{10},2(FeO)$. — Les idées les plus diverses ont cours sur les qualités physiques et chimiques de ce composé et sur son mode de formation.

« Lorsqu'on ajoute de l'acide tartrique à une solution concentrée d'un sel ferreux, il se précipite, surtout à chaud, une poudre blanche et cristalline de tartrate ferreux. » (Gerhardt, *Chimie organique*, t. II, p. 27.)

Je n'ai jamais réussi à produire cette réaction, même avec le bitartrate de potasse. Je doute fort de sa réalité, parce que le tartrate ferreux se dissout aisément dans les acides minéraux ; je ne vois d'ailleurs aucun protosel de fer à acide organique de préparation assez facile pour servir à cette préparation. L'addition préalable au protosulfate de fer d'une quantité notable d'acétate neutre de soude n'a pas déterminé non plus la formation d'un précipité.

Gerhardt continue : « Lorsqu'on mélange une solution de sulfate ferreux avec une solution de tartrate neutre de potasse, il se précipite une poudre d'un vert pâle ; celle-ci se dissout aisément dans les alcalis caustiques en donnant une liqueur qui s'oxyde promptement à l'air. »

Ce mode opératoire donne un précipité amorphe et blanc au moment même de sa formation ; il est difficile de le conserver blanc, en vase clos, pendant un long temps, même si l'on a opéré sur des liquides bouillants. Maintenu dans un endroit chaud, ce précipité prend quelquefois une forme cristalline nette qui le rend sablonneux et facile à laver. Le lavage du précipité gélatineux est, au contraire, extrêmement difficile, presque impossible, et l'air lui

donne plus rapidement une coloration verte foncée qu'au tartrate cristallin. Tandis que le tartrate cristallin est à peine verdâtre s'il a été desséché rapidement, par petites masses, sur un cahier de papier à filtre, dans une étuve modérément chauffée, dans les mêmes conditions, le précipité gélatineux devient rapidement vert jaunâtre.

En versant une solution concentrée et presque bouillante de sulfate de protoxyde de fer dans une solution également concentrée et chaude de tartrate neutre de soude (à 2 équivalents de soude) ou de sel de Seignette, on n'obtient pas toujours un précipité immédiat, mais peu à peu il se dépose une masse blanche de tartrate ferreux, qui prend assez rapidement une forme cristalline. Pour avoir ce sel à peine vert, après sa dessiccation, on le lave à l'eau bouillante et on le dessèche rapidement, mais jamais le produit ainsi obtenu n'est absolument blanc, toujours il verdit à l'air.

Pour avoir du tartrate de protoxyde de fer absolument blanc, inaltérable à l'air et d'une composition constante, je mets dans un matras de verre des poids à peu près égaux de pointes fines de Paris ou de fil de fer coupé en petits fragments, d'acide tartrique et d'eau bouillante. Je fais bouillir sans cesse ce mélange sur un feu doux. Il se dégage de l'hydrogène en abondance et peu à peu on voit naître un dépôt parfaitement blanc, sablonneux, qui finit par donner au liquide une consistance de bouillie. Par une addition d'eau distillée assez fréquemment répétée, on maintient le liquide à peu près au même niveau.

Dès qu'il s'est formé une assez grande quantité de prototartrate de fer, on le recueille sur un filtre de papier blanc (double) ou sur une toile et on le lave à l'eau distillée bouillante. Le liquide acide qui s'écoule est remis sur le fer et chauffé de nouveau, car il est très-acide et son action est loin d'être épuisée. Les dernières eaux de lavage du produit servent plus tard à remplacer le liquide du matras à mesure qu'il s'évapore.

Le tartrate de protoxyde de fer bien lavé constitue une masse sablonneuse blanche, que l'on divise en trochisques sur un cahier de papier à filtre et dessèche rapidement à l'étuve modérément chauffée.

La précaution la plus essentielle à observer est celle-ci : si le sel retient un peu d'acide tartrique par suite d'un lavage insuffisant, il prend à la longue une teinte verte et même jaune d'autant plus

marquée que la proportion d'acide tartrique qu'il retient est plus considérable. Aussi faut-il *un lavage parfait à l'eau bouillante.* On pourrait achever le lavage avec de l'alcool, qui disparaît plus vite par la dessiccation et dissout très-facilement l'acide tartrique, mais ce liquide n'est pas nécessaire.

Le fer n'étant jamais chimiquement pur, il en résulte, surtout au commencement de l'attaque par l'acide tartrique, la séparation d'une couche, d'ordinaire très-mince d'impuretés noirâtres, carbonifères, qu'il est facile d'enlever par filtration, dès que le dépôt de tartrate ferreux commence à se montrer.

Il y aurait quelque inconvénient à n'employer à la préparation du prototartrate de fer que la quantité strictement nécessaire de fer métallique, même bien divisé ; un grand excès de fer rend l'opération beaucoup plus rapide. Le produit se sépare très-bien de la masse métallique, reste suspendu dans le liquide par l'agitation du matras, pourvu que le métal soit en fragments pas trop ténus et le liquide en quantité suffisante.

Quand le liquide acide, au sein duquel s'effectue le dépôt du tartrate ferreux, est abandonné à l'air, il jaunit en absorbant de l'oxygène et il se fait du tartrate de sesquioxyde de fer. En faisant bouillir cette solution acide sur le fer métallique, toujours en grand excès, elle se décolore rapidement sous l'influence de l'hydrogène dégagé par la réaction, ce qui permet de suspendre le travail sans danger pour la perfection du produit.

Lorsqu'on laisse en contact la liqueur acide et le fer métallique, sans la faire bouillir, peu à peu le tartrate ferreux et le fer métallique se prennent en une masse solide sur laquelle l'action du liquide acide va s'affaiblissant de plus en plus. Il est donc très-important de ne pas interrompre l'ébullition, ou de décanter le liquide acide pour l'isoler entièrement du fer métallique, si l'on est obligé de suspendre l'opération.

Si cet accident de solidification en masse arrivait, il faudrait enlever le liquide acide et laver la masse à l'eau bouillante, puis traiter le résidu par l'ammoniaque, qui dissoudrait le tartrate ferreux et laisserait du fer métallique bien décapé, sur lequel on pourrait ensuite faire agir le liquide acide mis de côté pour continuer l'opération.

La solution ammoniacale servirait à préparer du tartrate de fer et d'ammoniaque.

La composition du tartrate ferreux parfaitement sec et blanc correspond à la formule $C^8H^4O^{10},2(FeO)$, qui donne 39,2 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre (l'équivalent du fer = 350,00). L'analyse directe, faite sur des produits de fabrication courante, desséchés dans une étuve à eau bouillante, a donné 38,90 — 38,90 — 38,96 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre, chiffres bien voisins de celui que la théorie indique.

Le tartrate ferreux obtenu par double décomposition d'un tartrate alcalin à 2 équivalents de base et d'un protosel de fer, paraît avoir la même composition ; mais, en raison de sa facile oxydation et de la plus grande difficulté de sa préparation, je n'ai pas obtenu plus de 37,1 pour 100 de sesquioxyde de fer.

Le tartrate ferreux est un sel blanc bien défini, en cristaux microscopiques très-nets ; il se conserve indéfiniment en vase clos, même à la lumière, sans qu'il soit besoin de prendre de précautions spéciales. Je m'en suis servi comme de craie blanche pour écrire sur des tableaux noirs, et personne n'a soupçonné la nature des caractères, ceux-ci ont jauni sensiblement dans l'espace de quelques semaines ; l'ammoniaque de l'air semble la cause principale de cette oxydation.

Ce sel, bien sec, n'a aucune tendance à s'oxyder à l'air quand il ne contient pas d'acide libre ; j'en ai conservé pendant treize ans sans qu'il ait subi d'altération sensible. Un des échantillons les moins parfaits, exposé au soleil dans un vase non fermé, a quelque peu rougi à la longue, mais l'imperfection du lavage du produit était peut-être l'unique cause de cet effet.

Le tartrate ferreux est à peine soluble dans l'eau, même bouillante. Mis sur la langue, il n'a tout d'abord pas de saveur sensible ; mais peu à peu, la salive le dissolvant, la saveur des sels de fer apparaît, très-faible, puis peu à peu elle devient de plus en plus marquée sans être jamais bien désagréable.

L'eau fortement acidulée par l'acide tartrique, l'acide citrique, l'acide acétique, ou chargée de chlorhydrate d'ammoniaque, n'exerce pas une action dissolvante bien sensible, même à chaud, sur le tartrate de protoxyde de fer.

L'eau acidulée par l'acide chlorhydrique ou par l'acide sulfurique dissout rapidement le tartrate de protoxyde de fer ; les dissolutions sont presque incolores tout d'abord, elles jaunissent peu à peu.

L'acide azotique agit de la même façon, mais son action oxydante est plus marquée.

La solution chlorhydrique du tartrate ferreux dévie à droite le plan de polarisation de la lumière ; elle se comporte comme une solution de protochlorure de fer additionnée d'acide tartrique. L'ammoniaque sépare de cette dissolution un précipité blanc qui verdit immédiatement à l'air.

(*La suite au prochain numéro.*)

Formules pour l'emploi du podophyllin dans le traitement de la constipation habituelle.

Malgré les travaux des médecins américains et anglais sur le podophyllin, travaux que le *Bulletin de Thérapeutique* a fait connaître il y a quelques années, malgré la recommandation de Trousseau, si imposante pourtant, ce médicament a été négligé chez nous, à ce point qu'il est des médecins, en assez grand nombre, nous avons des raisons de le penser, qui en connaissent à peine le nom. Il faut donc savoir gré à M. le docteur Constantin Paul d'avoir repris l'étude de cette substance et d'avoir fait connaître les résultats qu'il a obtenus de son emploi dans le traitement de la constipation habituelle. Nous empruntons à son mémoire, lu à la Société de thérapeutique en avril dernier, les formules suivantes.

Voici comment M. Constantin Paul a administré le podophyllin. Il a commencé par prendre la formule de Trousseau et Blondeau, qui est la suivante :

Podophyllin	2 centigrammes.
Extrait de belladone	1 —
Poudre de racine de belladone. . . .	1 —

Deux de ces pilules suffisaient le plus ordinairement ; mais souvent les effets de la belladone se faisaient sentir, et comme plusieurs de ses malades, le plus ordinairement des femmes, étaient atteintes de nervosisme ou d'hystérie symptomatique, la belladone était mal supportée ; il l'a remplacée alors par la jusquiame sous cette formule :

Podophyllin	1 centigramme.
Extrait de jusquiame	1 —

Mais la jusquiame ayant également donné de la nausée, il n'a plus donné que le podophyllin seul. Après quelques tâtonnements, il est arrivé à fixer la dose moyenne à 3 centigrammes par pilule pour un adulte, d'après la formule suivante :

Podophyllin	3 centigrammes.
Miel	Q. S.

pour une pilule argentée.

Il fait prendre une de ces pilules tous les soirs au moment de se mettre au lit, et les malades obtiennent chaque matin une garde-robe naturelle sans qu'il y ait production de coliques ou de tranchées.

En commençant, il recommande, s'il y a lieu, de prendre deux pilules, et ainsi jusqu'à ce qu'il y ait production d'une garde-robe. En général, les selles se sont produites le premier ou, au plus tard, le second jour avec une très-légère diarrhée, deux ou trois garde-robes ; puis, à partir de ce moment, une seule pilule prise le soir a amené régulièrement une garde-robe le matin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Pneumonie chez une buveuse d'eau-de-vie ; traitement par l'alcool et l'extrait de quinquina ; guérison.

Il y a quelques mois, je présentais aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* une observation de pneumonie dans l'enfance, traitée avec grand succès par l'alcool à haute dose : voici une observation ayant trait à la même médication, qui me semble offrir aussi un certain intérêt.

Je suis appelé dernièrement auprès d'une vieille fille de soixante-cinq ans, malade depuis quatre jours ; je l'examine et je découvre une vaste péripneumonie du côté gauche, se traduisant par un mélange de râles crépitants et de souffle tubaire, puis de la matité dans une assez grande étendue. Le pouls est rapide, mais mou, dépressible. Je vois de suite que j'ai affaire à un sujet présentant des conditions physiologiques assez pauvres. J'apprends que la nuit dernière la malade a eu un peu de délire.

Voyant cette fille pour la première fois, je m'enquiers de ses antécédents, de ses habitudes ordinaires, et voici ce que j'apprends comme particularité importante au plus haut degré : elle a l'habitude de boire de l'eau-de-vie, et cela depuis près de vingt ans ; elle en est arrivée, en augmentant petit à petit les doses, à en boire régulièrement de 250 grammes à 300 grammes chaque jour ; et cette dose ne l'enivre pas ; personne ne l'a jamais vue en état d'ivresse. Avec cela elle ne mange presque rien ; l'eau-de-vie est sa véritable nourriture.

En présence de telles habitudes, je n'hésite pas à proscrire absolument toute médication dépressive : saignée, contro-stimulants, etc. Je prescris 200 grammes d'eau-de-vie à prendre chaque jour dans de l'eau de gomme, puis une potion quotidienne avec 3 grammes d'extrait de quinquina. Lorsque le souffle a disparu et qu'il est franchement remplacé par le râle crépitant de retour, je diminue progressivement les doses précédentes et je place un vésicatoire pour hâter la résolution. Au quatorzième jour de la maladie, je constate, par l'auscultation et la percussion, la guérison aussi complète que possible d'une malade qui m'a donné les plus grandes inquiétudes à cause de ses habitudes déplorables, dont elle refuse, du reste, absolument de se départir.

Quand un sujet, en proie à des habitudes d'alcoolisme, se trouve pris de pneumonie, il a une tendance fatale à tomber dans un état d'adynamie et d'ataxie plus ou moins complet, complication qui constitue un péril infiniment plus grand que la maladie elle-même. Dans ce cas un traitement ayant l'alcool pour base est particulièrement indiqué.

L'alcool soutiendra, par son action stimulante, les forces vitales assez longtemps pour que l'organisme puisse se débarrasser des productions séro-fibrineuses qui encombrent les vésicules pulmonaires. Il cédera à chaque instant au système nerveux des forces qui tendent constamment à lui faire défaut. Puis, en même temps qu'il soutiendra, par son action excitante, les fonctions de l'axe cérébro-spinal, il agira comme agent antidéperditeur. « L'alcool, dit le professeur Gubler, exerce sur le système nerveux une action stimulante favorable au maintien des forces vitales ; c'est aussi un véritable médicament capable de calmer le système nerveux, d'abaisser le pouls et la température, de procurer un sommeil paisible, et de conjurer le délire ou de le dissiper, s'il existe. »

Je termine par cette note prise dans un remarquable travail du docteur Gingeot, publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (t. LXXIII) et intitulé : *De l'emploi thérapeutique de l'alcool chez les enfants :*

« Depuis Chomel, on s'accorde à donner des alcooliques aux ivrognes atteints de maladies aiguës ; chez eux, en effet, le système nerveux est tellement habitué à la double excitation du sang et de l'alcool, que, si la deuxième cesse d'intervenir, les accidents de l'anémie cérébrale surviennent presque immanquablement, comme aussi la tendance à la suppuration et à la gangrène. »

Dr Cersoy (de Langres).

Juillet 1873.

BIBLIOGRAPHIE

***Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition*, par M. le docteur J.-P. Bonnafont, médecin principal (en retraite) à l'École d'application d'état-major, officier de la Légion d'honneur et de l'ordre de Léopold (Belgique), membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris ; 2e édition, revue et augmentée, avec 43 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière, libraire, 1873.**

L'excellent ouvrage du docteur Bonnafont est trop connu, depuis plus de douze ans, du public médical pour que nous songions à en donner une analyse détaillée ; nous nous contenterons, dans cet aperçu rapide, de signaler surtout les *nouveautés* qui s'y trouvent, et sur lesquelles l'auteur s'est imposé l'obligation de fournir tous les développements nécessaires pour mettre cette branche importante de la chirurgie au courant actuel de la science. Ce *Traité des maladies de l'oreille* ne compte pas moins de 700 pages où 43 figures, principalement d'instruments, ont été intercalées dans le texte. Dans sa *première partie* (*Pathologie et Thérapeutique générales*), l'auteur étudie : 1° le *diagnostic* général des maladies de l'oreille, dans lequel il passe en revue, successivement, l'auscultation de l'ouïe, l'exploration de l'oreille externe (pavillon, méat, conduit externe) et celle de la trompe d'Eustache, où il décrit son procédé de cathétérisme, qui consiste surtout à fixer la sonde au nez par sa petite pince ; 2° la *thérapeutique* générale de ces mêmes maladies, les injections, instillations, douches, bains de toute nature, hydrothérapie, les vomitifs et purgatifs, les saignées et l'électricité que MM. Duchenne (de Boulogne) et L. Tripier ont

préconisée dans ces derniers temps, et pour laquelle M. Bonnafont a fait construire une petite aiguille spéciale d'un demi-millimètre de diamètre et de 7 centimètres de long.

La *seconde partie* comprend la *pathologie et la thérapeutique spéciales* : les maladies du pavillon, du conduit auditif, du tympan, de la trompe d'Eustache, de la caisse et des osselets sont successivement examinées à fond. Nous appellerons surtout l'attention sur le chapitre consacré aux divers états pathologiques du tympan (myringite, etc.), que Kramer a décrits un des premiers, et qui ont été traités par M. Bonnafont avec un soin tout particulier. La thérapeutique des lésions organiques, des polypes, des corps étrangers, etc., s'est enrichie, grâce à l'auteur, de nouveaux procédés opératoires qu'il serait trop long de relater ici. A moins d'indications spéciales (abcès, altération osseuse), l'auteur ne se montre pas fort partisan de la *trépanation mastoïdienne*, que nous venons de voir, en moins d'un mois, pratiquer quatre fois et très-adroitement dans un hôpital excentrique, chez des sujets différents atteints de suppuration de la caisse : l'un d'eux présentait une paralysie faciale complète.

Mentionnons encore, comme articles nouveaux et à consulter avec fruit, ceux qui ont trait : 1° aux *maladies des nerfs acoustiques*, à *l'otite labyrinthique* (maladie de Ménière), dont M. Duplay a récemment présenté l'histoire complète dans la *pathologie* de Follin, et à l'appui de laquelle M. Bonnafont fournit six observations personnelles ; 2° au *bourdonnement* ; 3° aux *nouveaux appareils* pour aspirer ou injecter, par la trompe d'Eustache, des liquides médicamenteux dans la caisse ; 4° à ceux destinés à la *perforation du tympan*, et à la fixation d'une canule dans l'ouverture ; 5° enfin aux applications de l'*électricité*.

Quatre chapitres sont destinés à la surdité proprement dite, à l'étude du tympan artificiel, à celle des cornets et appareils acoustiques, à la surdi-mutité. — Après avoir émis quelques considérations *médico-psychologiques* fort intéressantes sur les sourds et les aveugles, où il tire ces conclusions, que la vue servirait plutôt aux penchants instinctifs et l'ouïe aux facultés intellectuelles, l'auteur termine son ouvrage par l'hygiène des oreilles et par un chapitre bien original sur la *médecine légale appliquée aux sourds et aux sourds-muets* (responsabilité et conditions légales des sourds-muets, simulation des maladies de l'oreille).

Cet aperçu succinct ne peut donner qu'une idée bien générale de l'importance de ce volume enrichi d'une cinquantaine d'observations, et on doit certainement savoir gré à M. Bonnafont d'avoir fait tous ses efforts pour rendre son traité digne de l'empressement avec lequel fut accueillie sa première édition. Nous aimons à croire qu'il sera récompensé de son zèle et des nombreuses *veilles* qu'il a employées à écrire un ouvrage consciencieux et désormais classique.

Dr Gillette.

Précis de manuel opératoire (ligature des artères), par M. le docteur L.-H. Farabeuf, prosecteur à la Faculté; 43 figures. Paris, G. Masson, éditeur, 1872.

Ce petit volume n'est que le commencement d'un précis de médecine opératoire qui nous fait vivement désirer la suite, et où l'auteur, aussi adroit à manier le crayon d'artiste que le bistouri du chirurgien, s'est attaché, par un style clair et original, à éviter les descriptions un peu monotones des manuels du même genre. Il cherche à enseigner, comme il le dit lui-même dans sa préface, non-seulement ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire, mais *comment* on doit opérer. C'est d'une façon précise, élégante et souvent spirituelle qu'il montre le vaisseau à l'élève, et ce dernier, tout en opérant, a sous les yeux la figure correspondante, au-dessous de laquelle se trouve (à la bonne heure, nous en félicitons vivement l'auteur) une explication détaillée de ce qu'elle représente. Un petit reproche de détail qui nous paraît cependant avoir son importance : n'était-il pas utile de montrer et de répéter même au débutant, dont l'embarras est toujours si grand, la manière exacte de tenir la pince et la sonde cannelée et surtout le maniement des écarteurs ? J'avoue que nous n'avons pas autant de dédain que notre collègue pour l'aiguille de Deschamps ou celle à triple usage de Marc Duval. Nous nous servons aussi un peu plus de la pulpe des doigts indicateurs que de la sonde cannelée, pour la ligature de l'iliaque externe, entre autres. A chacun sa manière de faire.

Dr Gillette.

Traitement du tænia par les semences de potiron ou cucurbita pepo. — Chez les enfants et même chez quelques personnes adultes, l'emploi de l'*écorce de grenadier*, du *kousso*, de l'*huile éthérée de fougère mâle* est l'objet d'une répugnance excessive, suivie du vomissement de la substance ingérée et par cela même de son action incomplète ou nulle. Dans quelques cas même, le remède ayant été pris en entier, le succès ne répond pas entièrement à l'attente du médecin et il faut en recommencer l'emploi. Si l'on ajoute à ces considérants, dont il ne faudrait pas exagérer l'importance, le fait de la cherté de quelques-uns de ces tænicides, on comprend les essais qui ont été tentés pour réhabiliter l'usage des semences de *cucurbita pepo* ou *potiron*. Ce remède, jadis honoré d'une certaine faveur, était un peu tombé dans l'oubli, comme tant d'autres tænicides ; mais, depuis plusieurs années, on a publié, notamment dans ce journal, tant de succès obtenus par son aide, que j'ai dû l'essayer et, par suite de ces expériences, le placer en bon rang dans mon *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*. Sans l'opposer d'une manière absolue au kousso, à l'extrait de fougère mâle, ni à l'écorce de racine de grenadier, je veux montrer les avantages et surtout indiquer la facilité de son emploi. Aujourd'hui en particulier que le tænia devient de plus en plus commun à Paris, chez les enfants et chez les adultes que l'on a soumis au régime de la viande crue de mauvaise qualité, ces recherches sont d'un grand intérêt.

Les dernières de mes observations ont été faites à l'hôpital des Enfants malades sur deux petites filles, âgées l'une de dix ans, et l'autre de sept ans.

La première, Marie Garnier, entrée le 3 mars 1873, rendait des fragments de tænia depuis cinq mois, sans aucune souffrance. Elle n'avait ni gastralgie, ni vomissements, ni coliques, ni diarrhée. Son appétit était régulier, normal, et elle n'avait de troubles fonctionnels d'aucune sorte. Comme elle maigrissait sensiblement depuis six semaines, sa mère l'amena à l'hôpital.

Pour m'assurer de l'existence du tænia, je fis l'examen des excréments avec le microscope et, y ayant trouvé des œufs ronds, lisses, à double contour, je commençai le traitement.

Une émulsion de 60 *grammes de graines de citrouille* fut administrée dans les vingt-quatre heures. On réitéra le lendemain, et dans le jour, à midi, l'enfant rendit des fragments de tænia en grand nombre et plus de 1 mètre d'helminthe avec une extrémité très-effilée, n'ayant pas plus de 1 millimètre de diamètre. C'était la partie la plus voisine de la tête, mais ce n'était pas la tête.

L'enfant prit ensuite de l'huile de ricin, ce qui la fit rendre abondamment, et chaque jour elle reprit de l'émulsion avec 60 grammes de semences. Cela dura ainsi huit jours, fait important et qui montre la possibilité de faire prendre pendant longtemps, sans danger d'irritation intestinale, un tænicide sérieux.

Le second cas est relatif à Marie S***, âgée de sept ans, salle Sainte-Catherine, n° 9. Cette enfant, qui n'a jamais été soumise au régime de la viande crue de bœuf, ne peut indiquer l'origine de son mal. Elle rend des fragments de tænia depuis six mois et, en l'amenant à l'hôpital, sa mère nous en montre un morceau long de 20 centimètres.

L'enfant ne souffre pas et n'offre aucun symptôme de maladie. Elle n'a pris encore aucun médicament contre son tænia.

Je lui donne 60 grammes de *semences de potiron* pilées avec 60 grammes de miel pour un électuaire aromatisé avec de la menthe. Le second jour elle prend une dose semblable et, sans prendre d'huile de ricin, elle va à la selle, rendant tout son tænia, y compris la tête.

Il y a quelques mois, je fus consulté par un médecin de Bahia dont l'enfant avait le tænia et qui me priait de lui faire envoyer de l'extrait de fougère mâle. La pharmacie Mialhe fit l'expédition, mais comme le colis s'égara en route, notre confrère, impatient, fit prendre *un électuaire de* 60 *grammes de semences de citrouille.* Dans la journée le malade rendit son tænia tout entier avec la tête.

Antérieurement, dans mon service ou à la consultation de l'hôpital, il m'a été présenté d'autres enfants affectés de tænia. Les uns étaient vierges de tout traitement et les autres avaient déjà pris sans succès de l'écorce de grenadier ou du kousso. Je leur ai fait prendre des semences de citrouille. Sur six enfants ainsi traités j'ai réussi quatre fois, ce qui, avec les deux cas qui viennent d'être rapportés, donne six succès sur huit malades.

Mais, je le répète, mon but, en faisant ces expériences, n'est pas de chercher à opposer la médication du tænia par les semences de courge aux autres médications connues, telles que le grenadier, le kousso et la fougère. Je n'ai d'autre prétention que de montrer

les avantages que l'on peut tirer en pratique des semences de citrouille.

Dans ma pensée, ce remède a l'avantage de n'avoir rien d'irritant pour l'estomac. Il est agréable à prendre sous toutes les formes. On peut en élever les doses sans inconvénient. Enfin, il peut être administré tous les jours pendant longtemps, de sorte que s'il n'agit pas du premier coup, il y a lieu d'espérer que ses effets se feront sentir les jours suivants. Chez quelques malades auxquels le remède est donné à titre d'essai, comme dans l'épilepsie et les névroses que l'on croit être de nature vermineuse, il est très-utile d'avoir un remède inoffensif et dont on peut réitérer ou prolonger l'emploi impunément.

Pour donner les semences de citrouille ou de courge ou de potiron (*cucurbita pepo*), il faut prendre les semences mondées et en donner de 50 à 80 grammes par jour. Il y a différents moyens de les administrer.

On les donne à manger en nature comme des amandes ordinaires, ou après les avoir fait enrober avec du sucre comme les *dragées*, ou bien on en fait un *électuaire* avec du miel.

Semences de citrouille mondées et pilées. 60 grammes.
Miel de Narbonne. . . . . 20 —
Triturez.
A prendre par cuillerées à dessert toutes les demi-heures.

On peut enfin en faire une *émulsion* aromatisée avec de l'eau de menthe poivrée et que l'on fait prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Ces deux derniers moyens sont les meilleurs. Si on ne donne qu'une fois le remède, il faut le faire suivre d'une dose d'huile de ricin en rapport avec l'âge du petit malade; mais, si l'on doit réitérer plusieurs jours de suite, il ne faut donner l'huile qu'au bout de trois ou quatre jours.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Recherches expérimentales sur l'action du gaz protoxyde d'azote. MM. F. Jolyet et T. Blanche ont présenté sur ce sujet, à l'Académie des sciences, dans la séance du 7 juillet, une note dont voici la reproduction presque entière.

Le gaz protoxyde d'azote depuis sa

découverte, a été l'objet de nombreuses observations et expériences, faites tant sur l'homme que sur les animaux, et les opinions les plus contradictoires ont été émises relativement à son action physiologique... Les deux points de l'action du protoxyde d'azote, comme gaz respirable et comme agent anesthésique, étant encore aujourd'hui controversés, MM. Jolyet et Blanche ont pensé qu'il était utile de les contrôler par quelques expériences nouvelles, faites dans des conditions précises.

Dans une première série d'expériences ils ont constaté que des graines (orge et cresson) ne peuvent germer dans une atmosphère de protoxyde d'azote et que les animaux y périssent promptement, en présentant à l'autopsie les signes ordinaires de l'asphyxie par respiration de gaz inertes.

Dans une seconde série d'expériences MM. Jolyet et Blanche ont recherché si le protoxyde d'azote possède réellement les propriétés anesthésiques qu'on lui attribue et qui le font employer dans certaines opérations chirurgicales et spécialement pour l'extraction des dents.

« Dans ce but, disent-ils, nous avons fait des mélanges de protoxyde d'azote et d'oxygène plus ou moins riches, de telle façon que ces mélanges contenaient 18 à 21 d'oxygène et 60 à 80 pour 100 de protoxyde.

« Des moineaux placés sous des cloches, dans des atmosphères semblables, se comportaient comme ceux qu'on avait placés comparativement dans des cloches renfermant de l'air ordinaire, et mouraient à peu près dans le même temps, après avoir formé autant d'acide carbonique et épuisé également l'oxygène.

« Nous avons fait respirer à des chiens des mélanges de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans les proportions de l'air, pendant vingt à trente minutes, sans avoir pu constater, à aucun moment, un affaiblissement appréciable de la sensibilité : le nerf sciatique, excité par un faible courant, a toujours produit des signes d'une vive douleur.

« Chez les animaux respirant le gaz protoxyde pur, nous avons constaté, en excitant le nerf sciatique à divers moments, que la sensibilité disparaissait chez l'animal entre la troisième et la quatrième minute, c'est-à-dire à un moment où l'animal offrait tous les signes de l'asphyxie.

« Ces expériences suffiraient déjà à montrer que le gaz protoxyde d'azote n'est pas un agent anesthésique véritable, et qu'il ne produit l'insensibilité qu'en amenant l'asphyxie. L'extraction des gaz du sang par la pompe à mercure, et leur analyse à l'eudiomètre, mettent ce fait hors de doute. Lorsqu'on cherche, en effet, par des analyses des gaz du sang, la quantité de protoxyde d'azote qui existe dans le sang artériel de chiens respirant des atmosphères artificielles de protoxyde et d'oxygène, dans les proportions de l'air atmosphérique, depuis vingt à trente minutes, on trouve qu'il a dissous environ 50 à 35 centimètres cubes pour 100 de protoxyde d'azote. D'un autre côté, les animaux qui meurent en respirant le protoxyde d'azote pur, ont, à la mort, de 30 à 38 pour 100 de protoxyde d'azote, c'est-à-dire à peu près la même quantité que plus haut. Mais, tandis que les premiers ont dans leur sang 18 à 20 d'oxygène pour 100, les seconds, au moment où l'anesthésie a lieu, n'ont plus que 2 à 3 pour 100 d'oxygène dans le sang artériel. Or l'expérience a montré que l'insensibilité a lieu chez les chiens lorsque précisément il n'y a plus que 2 à 3 pour 100 d'oxygène dans le sang (P. Bert).

« De ces expériences, nous concluons que le gaz protoxyde d'azote ne peut entretenir la respiration des plantes ni celle des animaux ; que, si ce gaz respiré pur produit, à un certain moment, l'anesthésie, c'est par privation d'oxygène dans le sang, c'est-à-dire par asphyxie.

« Ces expériences ont été faites dans le laboratoire de physiologie de la Faculté des sciences. » (*Comptes rendus de l'Académie des sciences.*)

Des transplantations de moelle des os dans les amputations sous-périostées ; expériences physiologiques, chirurgie. M. Cloquet a présenté, le 30 juin dernier, à l'Académie des sciences, au nom de M. le docteur G. Félizet, une note portant ce titre, dont nous reproduisons l'extrait suivant :

« Cette étude a pour base : 1° une opération pratiquée sur un blessé de

vingt-six ans ; 2° des expériences sur des chiens.

« 1° Les transplantations de moelle des os, dans un manchon formé par le périoste des os longs, présentent les conditions les plus favorables au succès de la greffe ;

« 2° L'occlusion de la moelle greffée dans la sorte, sous un manchon exactement suturé, a pour effet de produire la guérison des moignons osseux par un processus anatomo-pathologique, identique à celui qui préside à la formation du cal, d'abord cartilagineux, puis osseux, des fractures simples ;

« 3° L'ouverture accidentelle du manchon ne rend pas impossible la greffe de la moelle ; elle la rend incomplète en favorisant l'issue au dehors d'une partie du tissu transplanté. Elle a pour conséquence d'empêcher la formation des masses cartilagineuses. Elle entraîne l'ostéomyélite, au même titre que les sections simples des os à l'air libre dans les amputations ordinaires. » (*Comptes rendus de l'Académie des sciences.*)

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de l'électricité dans le traitement des ulcérations scrofuleuses. Le docteur Thomas Deering a rapporté un cas d'ulcérations scrofuleuses datant de près de deux ans, dans lequel le traitement qui vient d'être indiqué a donné d'excellents résultats. Ces ulcérations, au nombre de vingt-trois, occupaient le membre inférieur gauche, chez une femme de vingt-neuf ans. Après avoir vu échouer tous les moyens ordinairement usités dans ce genre d'affection, M. Deering eut l'idée de recourir au galvanisme. Il en résulta une amélioration immédiate qui ne se démentit pas par la suite, à ce point qu'au bout de trois mois toutes les ulcérations étaient cicatrisées sans qu'aucun autre moyen eût été mis en usage.

Les applications étaient faites de telle sorte que l'électrode négatif était placé sur le centre cérébro-spinal et le positif sur le membre malade au-devant de l'ulcération. En commençant, l'auteur employa seulement trois éléments et ne dépassa pas dix minutes pour chaque séance ; puis, graduellement, il augmenta le nombre des éléments jusqu'à quatorze et la durée de l'application jusqu'à vingt minutes. (*American Journ. of Med. Sc.*, avril 1875.)

Moyen d'arrêter l'hémorrhagie dans l'opération de la taille et dans celles qui se pratiquent sur l'anus. Un des accidents les plus à redouter dans l'opération de la taille est assurément l'hémorrhagie.

Ayant eu récemment, dit M. le docteur Créquy, à pratiquer la taille à un enfant de cinq ans, cet accident me préoccupait beaucoup, et j'ai cherché si je ne pourrais trouver quelque chose, comme moyen hémostatique, de plus parfait que la canule en chemise de Dupuytren. Me rappelant les succès nombreux que j'avais eus dans la pratique des accouchements avec le ballon en caoutchouc de Gariel, j'imaginai d'adapter à une canule métallique une enveloppe en caoutchouc susceptible de se dilater par l'insufflation, plus aux deux extrémités qu'à sa partie moyenne, prenant en un mot la forme du petit sablier chronomètre, en se développant une partie dans la vessie, l'autre à l'extérieur. Ce petit appareil devait à coup sûr arrêter l'hémorrhagie pendant que l'urine pourrait s'écouler par la canule placée au centre et indiquer par sa coloration, si, d'externe qu'elle était, l'hémorrhagie n'est pas devenue interne, et par là, nécessiter une plus grande distension du ballon. Heureusement, je n'eus pas besoin d'avoir recours à ce moyen dans ce cas.

L'instrument que j'avais imaginé me parut encore pouvoir rendre des services dans les opérations sanglantes qui se pratiquent sur l'anus. M. Demarquay voulut bien l'employer chez une malade de la Maison de santé qu'il venait d'opérer d'un cancer du rectum, et qui perdait du sang en assez grande quantité, l'hémorrhagie s'arrêta d'abord ; mais, comme le sang reparut un peu, je voulus distendre le ballon davantage. Malheureusement, la soudure du caoutchouc était mal faite, elle se rompit ; c'est là un accident auquel il est facile de remédier.

Ce mode de tamponnement permettrait de reconnaître si le sang ne s'est pas accumulé dans la partie supérieure du rectum, comme cela peut arriver si on emploie de simples bourdonnets de charpie ou d'amadou ; le sang, en ce cas, coulerait par la canule qui, ayant un certain volume, permettrait d'administrer des lavements au malade s'il y avait nécessité et l'empêcherait d'être incommodé par les gaz qui pourraient sortir sans efforts. (*Gaz. des hôp.*, 12 juillet.)

Abcès du foie ; ponction à la partie postéro-inférieure de la poitrine ; guérison. M. le docteur Frison, médecin principal, rapporte, à l'appui de considérations sur la migration du pus dans les abcès du foie, l'observation d'un soldat indigène qui entra dans son service à l'hôpital du Dey, à Alger, le 4 décembre 1869, se plaignant de symptômes qui eussent pu faire croire à l'existence d'un épanchement purulent dans la plèvre droite. Ce ne fut que plus tard qu'un examen minutieux donna à M. Frison la certitude qu'il s'agissait d'un abcès du foie.

Le malade accusait un point de côté à droite et en arrière ; à l'auscultation, bruit de souffle très-prononcé vers l'angle inférieur de l'omoplate droite avec égophonie légère, matité depuis la partie moyenne de l'omoplate jusqu'aux lombes. En avant et à droite, matité complète du mamelon au rebord des fausses côtes ; au-dessous de l'aisselle, matité également et diminution du bruit respiratoire. A un examen attentif on découvrit une légère voussure de 10 centimètres dans tous les sens et occupant l'angle postérieur des neuvième, dixième et onzième côtes. Cette voussure se prononça peu à peu davantage et devint le siége d'une sensibilité plus vive ; la peau rougit, et en pressant sur les espaces intercostaux on finit par constater une fluctuation profonde qui devenait plus évidente lorsque le malade faisait une forte inspiration.

M. Frison diagnostiqua un abcès du foie. M. Baizeau en fit l'ouverture au moyen d'un trocart plongé dans le oeuvième espace intercostal, à 12 centimètres de la ligne des apophyses épineuses, au centre même de la voussure ; il sortit, par la canule, un liquide lie de vin contenant des grumeaux de pus jaunâtre.

On fit ensuite des injections iodées, et le malade sortit bien portant de l'hôpital le 8 février suivant, deux mois environ après son entrée. (*Alger médical.*)

De l'emploi de l'acide iodique en injections hypodermiques. M. Luton, dans une lettre sur les injections hypodermiques adressée à M. Constantin Paul, qui rédige dans le *Répertoire de Pharmacie*, une revue de thérapeutique, signalant les résultats de ses recherches sur les injections irritantes et caustiques dans les tissus malades, appelle l'attention sur un agent non encore employé et dont l'efficacité est, suivant lui, vraiment remarquable ; il veut parler de l'acide iodique.

L'acide iodique est très soluble dans l'eau ; on peut en faire des dissolutions au cinquième ; c'est celle qu'il emploie ordinairement. A cette dose, il ne produit pas d'eschares, mais il imprime au tissu au milieu duquel il est injecté une modification assez profonde pour en entraîner la résorption rapide.

Il l'a mis en usage contre le goître, contre les adénopathies indolentes des régions cervicale et sous-maxillaire, et dans un cas d'ostéo-périostite d'une phalange de la main, etc., etc. ; il a obtenu de très-bons résultats.

M. Luton a injecté jusqu'à 2 grammes de la solution au cinquième en une seule fois. Il pratique l'injection substitutive en la portant au milieu de la tumeur à traiter, et utilise ainsi l'enveloppe propre du ganglion ou de la dégénérescence quelconque pour limiter l'inflammation et empêcher la diffusion qui pourrait avoir des inconvénients. La réaction locale qui suit l'injection est très-vive, mais elle n'est suivie d'aucun accident ; la résolution, sans suppuration et sans escharification, est la règle. (*Gazette des hôpitaux.*)

VARIÉTÉS

Académie de médecine. *Prix proposés pour l'année* 1873 :

Prix de l'Académie (1 000 fr.). — L'Académie pose la question suivante : « Faire l'histoire de la résection des os, dans leur continuité, à la suite de coups de feu (à l'exception des résections articulaires). »

Prix fondé par M. le baron Portal (1 000 fr.). — La question suivante est de nouveau mise au concours : « De l'état des os, notamment des vertèbres, dans le cancer des viscères. »

*Prix fondé par M*me *Bernard de Civrieux* (900 fr.). — Question : « Des aliénations mentales transitoires qui surviennent dans le cours ou la convalescence des maladies aiguës. »

Prix fondé par M. le docteur Capuron (3000 fr.). — Ce prix sera décerné au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de la science obstétricale.

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard (1 000 fr.). — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix fondé par M. le docteur Amussat (1 000 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix fondé par M. le docteur Itard (2 700 fr.). — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix fondé par M. le marquis d'Ourches. — Extrait du testament : « Je veux qu'il soit prélevé sur les valeurs de ma succession une somme de 25 000 francs, destinée, dans les conditions ci-après énoncées, à la fondation de deux prix, savoir :

« 1° Un prix de 20 000 francs pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle ; la condition expresse de ce prix est que le moyen puisse être mis en pratique, même par de pauvres villageois sans instruction ; — 2° Un prix de 5 000 francs pour la découverte d'un moyen de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, à l'aide de l'électricité, du galvanisme ou de tout autre procédé exigeant soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances, l'usage d'instruments ou l'emploi

de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde. — Les sommes destinées à ces prix feront retour à ma succession dans le cas où, pendant cinq ans, à dater du jour de l'acceptation, l'un ou l'autre des prix n'aurait pu être décerné. »

Faculté de médecine de Nancy. — M. H.-M.-F. Chrétien, docteur en médecine, est nommé aide de physiologie expérimentale.

École de médecine d'Angers. — M. L. Vaslin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie ; — M. A. Guichard, docteur en médecine, est nommé suppléant de la chaire d'accouchements ; — M. E. Briand, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine.

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, rendu le 15 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, les médecins de la marine dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. A.-A. Lacroix, médecin principal.

Au grade de chevalier : MM. A. Foucaut, — F.-J.-M. Forné, — P.-E.-V. Audonit, — A.-A.-E. Quétand, médecins de première classe ; — E.-J.-B. Chaze, pharmacien de première classe.

Polyclinique médico-chirurgicale, rue Rossini, 20. — *Affections chirurgicales* (tumeurs), *maladies des yeux*, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, par M. le docteur Gillet de Grandmont. — *Maladies des oreilles*, mardi, vendredi, à 11 heures, par M. le docteur Ménière. — *Maladies des voies respiratoires*, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures et demie, par M. le docteur Conqueret. — *Maladies de la peau*, lundi, jeudi, samedi, à 1 heure, par M. le docteur Gazeau. — *Maladies des voies urinaires*, mardi, lundi, à 4 heures, par M. le docteur Jardin. — *Maladies vénériennes*, mardi, samedi, à 9 heures, par M. le docteur Thévenet. — *Maladies des femmes, maladies nerveuses*, lundi, mercredi, vendredi, à midi, par MM. les docteurs Paquelin et Tripier. — *Orthopédie*, mardi, vendredi, à 1 heure, par M. le docteur Pierre Bouland. — M. le docteur Pierre Bouland a commencé, le 10 juillet, à 2 heures et demie, des conférences cliniques sur *les maladies chroniques de l'appareil locomoteur* (déviations du rachis, pied bot, mal de Pott, paralysie infantile, rachitisme, etc.), et les continuera les jeudis, à la même heure.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement de la syphilis acquise (1);

Par M. le docteur E. Lancereaux, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Période des accidents secondaires. — Dans cette période de la syphilis, comme dans les phases précédentes, le traitement ne peut être l'effet d'un empirisme grossier consistant à traiter de la même façon et par le même remède tous les syphilitiques. Pour être efficace et avantageux, il doit reposer sur des indications sérieuses; cherchons à préciser ces indications d'après quelques types. Les déterminations locales, bien qu'imminentes, n'ont pas encore paru; le malade n'en est qu'aux prodromes : accablé par une céphalée violente, il éprouve une lassitude générale, des douleurs vagues et un abattement moral qui indiquent l'irruption prochaine du mal. Doit-on commencer la médication mercurielle? Nullement, répond Diday, dont nous partageons sur ce point la manière de voir. Suspendez plutôt tout traitement mercuriel déjà prescrit, et, ne tenant que médiocrement compte de l'état spécifique, demandez vos médications aux principaux symptômes. Administrez un purgatif doux, si l'état saburral prédomine, et plus tard donnez des ferrugineux dans le cas de chloro-anémie manifeste. Joints à la tranquillité, au repos, à l'usage de quelques bains et à de petites doses d'opium, ces moyens parviendront le plus souvent à atténuer, sinon à combattre le mal. Autrement, il resterait à recourir à l'iodure de potassium ou de sodium à la dose quotidienne de 1 à 2 grammes par jour.

Une première poussée éruptive fait invasion, le malade prend du mercure; continuez l'emploi de cet agent, à moins qu'il ne soit mal supporté. Le malade est-il exempt de toute médication, la réponse n'est pas moins précise, selon Diday : A roséole... expectation..... A syphilide vésiculeuse, squammeuse, pustuleuse... mercure..... A syphilide papuleuse... expectation..... mais surveillance. Pour nous, partisan de l'expectation en fait de syphilis, cette manière d'agir serait très-séduisante, s'il était sûrement

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

prouvé que les syphilides rubéolique et papuleuse fussent toujours l'indice d'une forme réellement bénigne. Mais une preuve certaine faisant défaut, comme en l'absence d'un traitement spécifique ces manifestations peuvent avoir une durée fort longue, nous sommes d'avis que tout exanthème nettement syphilitique réclame l'emploi du mercure. De la même façon, les éruptions énanthématiques, les affections secondaires des yeux, des articulations, etc., seront avantageusement influencées par ce même agent.

En l'absence de ces manifestations, pas d'indication, pas de traitement, la médication mercurielle ne pouvant, nous le savons, préserver des accidents ultérieurs. Un certain nombre de spécialistes ne sont pas de cet avis, et il leur suffit qu'un chancre soit venu révéler l'existence de la syphilis pour qu'ils se croient obligés d'administrer le mercure pendant plusieurs mois, quelquefois même pendant des années. Méconnaissant l'évolution naturelle de cette maladie, peu versés dans l'étude de la pathologie générale, ils n'hésitent pas à admettre la nécessité de cet agent à l'aide duquel ils prétendent combattre la diathèse, sans s'apercevoir qu'ils se payent simplement d'un mot et que, loin de s'opposer à la marche ultérieure de la maladie, ils conduisent le malade à l'anémie ou à l'obésité. Aussi n'est-il pas rare de rencontrer, à côté de ces mercurialisateurs acharnés, des médecins, toujours spécialistes et d'une opinion diamétralement opposée, proscrivant le mercure en toute circonstance. Je n'insisterai pas sur cette manière d'agir, aussi peu rationnelle que la première, mais je tenais à montrer cette divergence d'opinions, afin que l'on ne s'avise jamais de séparer l'étude de la syphilis de celle des autres maladies, et que l'on n'oublie pas que le traitement de cette affection repose sur des indications formelles. Ces indications une fois reconnues, quelle méthode doit être préférée? le mercure sera-t-il employé à l'extérieur ou à l'intérieur?

La méthode des lotions et celle des fumigations mercurielles sont aujourd'hui justement tombées en désuétude et ne peuvent nous arrêter; mais il n'en est pas de même de la méthode des frictions, qui n'a pas cessé d'être en vogue en Allemagne, et qui mérite incontestablement la préférence quand à la syphilis s'ajoutent des désordres des voies gastriques rendant impossible l'usage interne des mercuriaux. Cette méthode doit être modifiée suivant la région. Peyrilhe faisait pratiquer les frictions à la surface du gland, et

Cirillo à la plante des pieds. Clare frictionnait, plusieurs fois par jour, la face interne des joues, aux environs du canal de Sténon, avec 2 à 5 centigrammes de calomel. Appliquée par Sigmund (1), cette méthode comprend trois temps : la préparation des malades, les frictions et le traitement après les frictions. La préparation des malades dure de six à dix jours. On cherche à régulariser le régime, à écarter ou à modifier diverses affections, comme les fièvres, les diarrhées et surtout les affections des gencives. On rend la peau plus souple par l'emploi de bains dont la température varie de 24 à 27 degrés Réaumur. Les frictions sont faites sur les deux jambes, les deux cuisses, les faces antérieures de la poitrine et du ventre, sur le dos et sur les bras. Chaque friction dure au moins vingt minutes. Elle doit être pratiquée le soir avant le coucher, et l'on enveloppe ensuite les parties frictionnées dans des draps de toile ou de coton. Le changement de linge après chaque friction est nécessaire. La dose d'onguent mercuriel employé dépasse 1 gramme par jour. Le nombre des frictions varie de vingt à trente. Les malades doivent garder le lit pendant dix-huit heures et peu manger; mais dans l'alimentation il faut toujours tenir compte des complications anémiques qui contre-indiquent la diète. En même temps on devra prescrire des gargarismes au sublimé, à l'alun, à la teinture d'iode, suivant qu'il y a ou non ulcération de la muqueuse buccale ou pharyngée. On suspend les frictions pendant la période menstruelle; il n'en est pas de même pendant la grossesse, et Sigmund pense qu'appliquées de bonne heure elles peuvent prévenir l'infection du fœtus. Chez les femmes en couche on attend pendant deux ou trois semaines avant de commencer les frictions, jusqu'à ce que l'anémie qui suit en général l'accouchement ait disparu. Les frictions faites chez des nourrices ne paraissent pas avoir d'influence sur la syphilis des enfants qu'elles allaitent; aussi sont-elles en même temps employées chez ces enfants. La cicatrisation des blessés et des opérés n'est pas retardée par ce mode de traitement. En même temps qu'on prescrit les frictions, on peut donner des médicaments internes : les décoctions de Zittmann, de Pollini, les diurétiques, les narcotiques, diverses préparations iodées, ferrugineuses, les amers, l'huile de foie

(1) *Die Einreibungscur mit grauer Salbe bei Syphilisformen*, Wien, 1859, et *Wien. med. Wochenschr.*, XVI, 1866.

de morue. La saison la plus favorable pour l'emploi de cette médication est le printemps et la première moitié de l'été. Après la dernière friction, les malades prennent un bain de savon (25 à 27 degrés Réaumur) d'une demi-heure. On les fait encore rester pendant plusieurs jours au lit et on cherche à provoquer la transpiration. L'alimentation est peu à peu augmentée.

Ce traitement n'est pas exempt de tout accident ; on observe des inflammations cutanées et des eczémas, rarement assez intenses pour obliger à le suspendre. La salivation est un accident plus sérieux que l'on ne doit en aucune façon chercher à obtenir ainsi qu'on le faisait autrefois. Peu souvent, du reste, cette salivation est assez abondante pour que l'on doive cesser l'emploi des frictions. Sigmund a été plusieurs fois dans la nécessité de suspendre la médication à cause de l'existence de sueurs abondantes, de diarrhées rebelles, de congestions cérébrales ou pulmonaires, d'hémorrhagies par les fosses nasales, par l'anus, par l'utérus, d'attaques épileptiques, d'insomnies opiniâtres.

Les bains qui contiennent du mercure en dissolution constituent une méthode toujours très-infidèle à cause de la difficulté où on est de savoir, même approximativement, la dose du médicament absorbée. En tant que méthode générale, les bains mercuriels doivent être rejetés ; mais on peut y avoir recours lorsqu'il s'agit de produire un effet local, ainsi qu'il arrive dans les syphilides rebelles. Le bichlorure de mercure est le sel qui mérite la préférence ; il s'emploie à la dose de 10 à 30 grammes, préalablement dissous dans l'alcool ou dans l'éther. Dans ces mêmes conditions, les fumigations, dont il a été parlé, peuvent également produire de bons effets ; c'est le cinabre qui est habituellement employé, à la dose de 8 à 12 grammes par fumigation. La température est graduellement élevée, mais elle ne doit jamais être portée au delà de 40 ou 45 degrés. La fumigation doit être continuée pendant quinze ou vingt minutes et répétée tous les jours.

Une nouvelle méthode de traitement externe de la syphilis, appelée, sans aucun doute, à remplacer les fumigations et les frictions mercurielles, est la méthode des injections sous-cutanées. Préconisée d'abord en Italie par Scarenzio, qui faisait usage du calomel à la vapeur suspendu dans un véhicule, la méthode hypodermique trouva plus tard des partisans en Allemagne, en France et dans la plupart des autres pays. La seringue en argent de Pravaz ou un

instrument en caoutchouc vulcanisé a servi jusqu'ici à son application, et les substances employées sont des sels mercuriels différents, calomel, sublimé, protoiodure, biiodure, chloro-albuminate de mercure alcalin. Les phénomènes immédiats sont une douleur tensive, assez vive, cessant bientôt. La partie injectée se soulève comme une papule d'urticaire. Après deux minutes se développe peu à peu une sensation de douleur plus ou moins intense, dépendant de l'action chimique du sublimé sur les nerfs sensitifs. Cette douleur, lorsqu'on fait usage de la solution de Hepp, est modérée et trop peu persistante pour qu'il soit utile d'ajouter à la solution du chlorhydrate de morphine ; de même les abcès et les eschares seraient évités, d'après Staub (*Thèse de Paris*, 1872), par la même solution. La stomatite est un autre inconvénient dont il est possible de préserver les malades. Les symptômes généraux de l'absorption du sublimé sont généralement très-prononcés. Ainsi, avec une dose d'un quart de grain de sublimé, les malades, en une demi-heure, ressentent un goût métallique; un demi-grain peut déterminer des troubles gastriques, souvent des vomissements, de la douleur précordiale, quelquefois de la diarrhée. La stomatite ne se montre pas avant le troisième ou le quatrième jour.

A côté de ces inconvénients que déterminent plus particulièrement certaines préparations et qu'il est possible d'éviter, la méthode hypodermique a des avantages qui se comprennent aisément: l'absorption est sûre, les effets sont prompts, le dosage est de la plus grande exactitude, le tube digestif est respecté, et la nutrition se maintient si bien, que les malades prennent souvent de l'embonpoint au fur et à mesure que leurs accidents disparaissent. Enfin la quantité de mercure introduite dans l'économie est très-faible, 15 à 20 centigrammes tout au plus. C'est en somme une méthode qu'il ne faut pas abandonner, mais que l'on doit s'appliquer à perfectionner.

La médication interne est celle que l'on préfère et que l'on emploie généralement en France, à moins de circonstances particulières. Des préparations nombreuses sont mises en usage ; nous nous bornerons à faire connaître les principales d'entre elles. Malgré son ancienne vogue, le mercure métallique est aujourd'hui délaissé. Les pilules de Belloste et les pilules bleues, après avoir joui d'une grande célébrité, sont à peu près complétement oubliées. Les pilules de Sédillot sont le plus souvent conseillées ;

j'ai plusieurs fois constaté leurs bons effets entre les mains de mon ancien maître M. Rayer, et je les ai fréquemment employées avec succès.

Le mercure métallique demande, pour réussir, à être administré à des doses relativement élevées. Afin d'éviter cet inconvénient, on a depuis longtemps eu l'idée de recourir à ses composés. Celui de ces composés qui a joui de la plus grande réputation, tant à cause des bons effets qu'il a produits que de la grande autorité qui l'a en quelque sorte imposé à toute une génération médicale, est le bichlorure de mercure ou sublimé corrosif. Préconisé dans le traitement de la syphilis par E. Blanchard, Melch. Friccius, Hoffmann, Boerhaave, ce médicament fut définitivement accepté par les médecins comme un antisyphilitique puissant depuis van Swieten, qui sut en régler le mode d'emploi d'après une formule que lui avait envoyée de Russie le célèbre Sanchez. La formule prescrite par le médecin viennois a été modifiée dans le but d'empêcher l'action quelquefois pénible du sublimé sur l'estomac.

Mialhe associe l'albumine au sublimé, et cette manière de faire a été imitée par Baerensprung et Michaëlis. Mais ce n'est pas seulement en solution que l'on administre le sublimé, on le donne encore sous la forme pilulaire afin d'éviter le goût désagréable qu'il détermine, et de faciliter le secret dans le traitement. C'est ainsi qu'il sert de base aux pilules de Cullerier et de Dupuytren. Le protochlorure de mercure ou calomel, très-usité autrefois, et d'un usage plus restreint à cause des doses élevées dont il faut user pour obtenir des effets curatifs et de la salivation qu'il détermine, tend à reprendre faveur. Introduits dans la thérapeutique par Biett, les iodures de mercure n'ont pas tardé à acquérir un rang élevé dans le traitement de la syphilis. Après avoir essayé le biiodure, Biett finit par adopter de préférence le protoiodure. Plus tard, Puche et Gibert revinrent au biiodure qu'ils associèrent à l'iodure de potassium dans le traitement des syphilides profondes. Cazenave, Ricord, Bazin et un grand nombre de médecins font choix du protoiodure de mercure lorsqu'il s'agit de traiter les syphilides superficielles et les accidents qui leur sont contemporains. Le cyanure de mercure, préconisé par Biett et Parent-Duchâtel, est en général fort peu employé, malgré l'avantage que lui attribuait ce dernier de ne pas déterminer des douleurs épigastriques comme le deutochlorure.

Au résumé, l'emploi du mercure à l'intérieur constitue une méthode simple et non dangereuse. Le bichlorure et le protochlorure mercuriels sont les composés qu'il convient de choisir ; mais le bichlorure est sans aucun doute celui qui mérite la préférence, s'il est vrai que toutes les préparations mercurielles, une fois absorbées, sont tout d'abord transformées en bichlorure de mercure. L'expérience a appris qu'il était parfois nécessaire, pour obtenir une guérison plus rapide, de varier les préparations. J'ai vu, dit Bazin, des syphilides d'abord modifiées heureusement par le protoiodure, devenir tout à coup stationnaires, quoique le traitement fût continué exactement, et ne présenter une nouvelle tendance à la résolution que lorsqu'on substituait au protoiodure un autre composé mercuriel, tel que la liqueur de van Swieten ou les pilules de Dupuytren. Ce même auteur commence le traitement des syphilides par une pilule de protoiodure de 25 milligrammes, et il prétend qu'il est inutile de donner plus de 5 centigrammes, attendu qu'on n'obtient pas davantage avec des doses plus élevées.

Une question plus importante, et diversement résolue, est celle de savoir pendant combien de temps on doit continuer l'usage interne du mercure. Hunter donnait une quantité de mercure proportionnée au nombre des surfaces ulcérées et à la violence de la maladie. Dupuytren faisait continuer le traitement jusqu'à extinction complète des accidents, plus un temps égal à celui qu'avait nécessité la guérison. Vidal pensait que 100 à 110 pilules de Dupuytren devaient suffire pour éteindre tout principe virulent dans l'organisme. Chomel, tenant moins à la dose du médicament qu'à la continuité du traitement, imposait à ses malades cinq ou six mois de médication mercurielle non interrompue. Six mois de traitement mercuriel, puis trois mois d'un traitement ioduré, destiné à prévenir les accidents éloignés de la diathèse, telle est, pour Ricord, la médication qui donne les cures les plus soutenues, qui réussit, dans la grande majorité des cas, à neutraliser véritablement le virus toxique, ou même à guérir la vérole, au moins dans la généralité de ses manifestations.

La plupart des élèves de Ricord, Diday excepté, partisans de l'action du mercure sur la diathèse, sont également partisans de la continuité du traitement mercuriel avec ou sans interruption. Le mercure, spécifique contre une maladie spécifique, s'écrie l'un d'eux, est vraiment un don de la Providence, et il use largement de

ce don à l'égard des syphilitiques, puisque par son intermédiaire il prétend non-seulement combattre les déterminations locales de la syphilis, mais encore éteindre le germe spécifique. Presque tous emploient le mercure dès le début du chancre ; mais ils ne nous disent pas à quelle époque il convient d'en cesser l'usage, ou du moins quelles sont les indications qui permettent d'en reconnaître l'inutilité. Quelques-uns cependant posent une limite, car en définitive c'est déjà un malheur assez grand d'avoir contracté la syphilis, sans avoir encore celui d'absorber du mercure pendant le reste de ses jours, et cette limite est de un, deux ou trois ans, après quoi le patient doit continuer par un traitement ioduré. Bien certainement tous les malades ne doivent pas s'y soumettre au même degré ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il suffit d'avoir eu un chancre syphilitique suivi ou non de roséole, pour subir le joug prolongé du mercure. Cette méthode purement empirique n'est pas la nôtre, et nous sommes d'avis, avec plusieurs praticiens, en particulier avec Bazin, qu'il importe de suspendre l'emploi des préparations mercurielles peu de temps après la disparition de la détermination locale, sauf à y revenir plus tard, si elle reparaît. Les considérations sur lesquelles repose notre manière d'agir sont les suivantes : un très-grand nombre d'individus syphilitiques, lors même qu'ils ne se soumettent à aucun traitement spécial, n'ont d'autre manifestation qu'un chancre et une roséole, pourvu qu'ils ne s'écartent pas d'une hygiène sévère. Les faits de ce genre signalés depuis longtemps par les antagonistes du mercure sont connus de tous les médecins qui ont pris la peine d'étudier l'évolution spontanée de la syphilis, et pour mon compte j'en ai observé un grand nombre. Cette maladie, comme autrefois la pneumonie, n'est donc soumise à un traitement constant et absolu que parce qu'on ignore sa marche naturelle ; aussi, dans la pratique, le médecin qui cherche à fonder son traitement sur des indications précises et exactes, n'est pas mieux vu que celui qui, il y a vingt ans, proscrivait l'émétique et les saignées du traitement de la pneumonie. Mais du reste l'analogie nous montre que dans le plus grand nombre des maladies l'agent thérapeutique s'adresse uniquement à la manifestation, jamais au fond morbide. L'opium et le chloral, si utiles contre l'accès de délire alcoolique, laissent le malade aussi profondément intoxiqué après qu'avant leur administration. Le sulfate de quinine, qui s'oppose si merveilleusement à l'accès de

fièvre intermittente, ne diminue en rien l'impaludisme, et la preuve, c'est que l'on voit souvent reparaître des accès de fièvre ou d'autres accidents paludéens, malgré l'usage continué de ce sel. Et d'ailleurs les partisans quand même du traitement mercuriel avouent qu'en dépit de tous les efforts d'un traitement long et actif, il n'est pas impossible qu'un malade syphilitique soit exposé quelque jour, dans un avenir plus ou moins éloigné, à un accident nouveau, à une manifestation ultérieure de la diathèse ; il n'est, nous disent-ils, ni dose, ni forme pharmaceutique, ni durée de traitement qui confère à coup sûr l'immunité, qui soit la garantie de l'extinction complète, absolue, radicale de la vérole. Ainsi l'aveu est formel : le mercure administré pendant des années ne guérit pas de la syphilis, il n'est pas prouvé qu'il s'oppose à la diathèse. Je sais bien qu'on fait mention de statistiques, et qu'on nous dit avoir appris par expérience que le traitement longtemps prolongé offre des garanties que l'on ne peut avoir quand on néglige de se traiter. Ce ne sont pas là des preuves suffisantes, car je puis dire de mon côté qu'à l'aide d'une médication spécifique dirigée uniquement contre la manifestation et d'une hygiène bien entendue, j'obtiens des succès au moins aussi brillants que ceux que nous annoncent les partisans acharnés du mercure. De cette longue discussion je conclus qu'aucune raison sérieuse ne venant légitimer la continuation du traitement mercuriel après la cessation de la manifestation morbide, il n'y a pas lieu d'en prolonger l'administration, quand surtout l'observation clinique et l'étude comparée des maladies nous apprennent que l'hygiène, bien plus que la thérapeutique, parvient à prévenir les récidives, à déraciner le mal et à rendre à l'organisme ses qualités premières.

Remède spécial à la syphilis secondaire, le mercure ne convient pas pour cela à tous les cas. Le mauvais état des voies, la débilité de l'organisme, un certain degré de chloro-anémie, sont autant de contre-indications qui doivent entrer en ligne de compte.

Les personnes qui ont l'habitude de boire beaucoup de vin et qui mènent une vie irrégulière placent leur constitution dans une condition peu favorable à l'emploi de ces préparations ; chez eux il vaut mieux différer l'usage du mercure jusqu'à ce que la constitution ait été améliorée, si on ne veut pas avoir à combattre plus tard des accidents mercuriels et syphilitiques. Quelquefois, pour des raisons que l'on ne peut prévoir, le mercure agit comme

un poison; c'est là une raison pour observer avec soin ceux auxquels on administre cet agent, s'ils n'en ont pas encore fait usage. Enfin, loin d'exercer une action favorable et d'amener la guérison des accidents secondaires, le mercure jette quelquefois le trouble dans la santé générale et aggrave d'autant plus les manifestations de la syphilis qu'on le donne en plus grande quantité. Dans ces conditions, il importe d'en suspendre l'emploi. Le malade se rétablira bientôt, et plus tard il sera peut-être possible de recourir à ce médicament, cette fois avec plus de fruit. De même, le mercure ne doit pas être continué quand, après le temps nécessaire à son action, il ne manifeste aucun effet thérapeutique.

Le traitement général repose sur des indications variées. Pendant la période de l'accident primitif, le malade quelquefois pâlit, perd ses forces, et dès lors une hygiène convenable, jointe aux toniques et aux reconstituants, devient chose utile, comme aussi l'usage de certaines eaux minérales et l'hydrothérapie. Quand un peu plus tard des phénomènes de chloro-anémie ou même de cachexie viennent s'ajouter à la syphilis, les ferrugineux, l'exercice au grand air, une atmosphère maritime, des bains salés, sont autant de moyens d'une utilité incontestable. Bien certainement, l'abus des spiritueux, une alimentation par trop excitante, les grandes fatigues, doivent être soigneusement évités, car la sobriété et l'hygiène constituent le meilleur mode de préparation au succès des agents médicamenteux. Dans le cas d'un état saburral des voies digestives, les malades se trouvent fort bien de l'emploi d'un vomitif qui leur permet de mieux supporter les préparations mercurielles. Les bains et l'iodure de potassium sont généralement utiles contre la fièvre du début des accidents secondaires.

Le traitement local varie avec la forme de l'accident qu'il s'agit de combattre. Les éruptions des muqueuses, ordinairement tenaces ou mêmes réfractaires au traitement par le mercure, se trouvent très-bien d'un traitement local. Les plaques syphilitiques des parties génitales et de l'anus, dont les récidives sont si fréquentes, cèdent à de légères cautérisations avec le nitrate d'argent, à quelques lotions de sublimé ou chlorurées, à des applications de poudre de calomel, de tannin, etc. ; celles de la bouche et de la gorge, peu ou pas influencées par le traitement spécifique, sont rapidement modifiées par le nitrate d'argent, par l'usage interne et externe du chlorate de potasse. Ce sont les seuls moyens que j'emploie, bien cer-

tain que le mercure seul ne peut rien contre ces derniers accidents, parfois si rebelles. Le docteur Créquy se loue de l'association du chlorate de potasse avec le mercure dans la syphilis secondaire de la bouche.

Période des accidents tertiaires. — Tandis que les manifestations syphilitiques secondaires n'exigent souvent qu'une médication générale et spécifique, les lésions tertiaires, plus profondes et plus durables, demandent en outre l'intervention habituelle d'un traitement local. La main du chirurgien peut être appelée à les combattre ou du moins à remédier aux désordres fonctionnels qu'elles engendrent ou qu'elles laissent à leur suite. Nous avons à tenir compte de ces diverses circonstances.

L'iode est ici la base thérapeutique fondamentale, comme tout à l'heure le mercure dans la syphilis secondaire. Administrée tout d'abord par Martini de Lubeck et par Lugol, la teinture d'iode a été préconisée de nouveau par le docteur J. Guillemin, qui lui reconnaît, entre autres avantages, celui d'être d'un prix peu élevé, d'une falsification à peu près impossible et d'un emploi peu ou pas dangereux.

L'iode, néanmoins, est rarement employé en nature ; le plus souvent c'est à l'un de ses sels que l'on a recours, et on accorde la préférence aux iodures de potassium et de sodium. Les doses auxquelles on administre l'iodure de potassium varient depuis 50 centigrammes et 1 gramme jusqu'à 3, 4, 5 et 6 grammes dans les vingt-quatre heures. Quelques auteurs portent ces doses à 10, 12 et 15 grammes, ou même au delà, mais sans avantage pour les malades, car il en est de l'iodure de potassium comme de tous les agents médicamenteux, dont l'organisme n'utilise jamais qu'une quantité déterminée. L'expérience a du reste montré que, dans ces conditions, l'influence thérapeutique du médicament n'est jamais proportionnée aux doses ingérées, et que les effets pathogéniques seuls sont augmentés. Le but auquel doit tendre le médecin en pareille circonstance, est donc d'arriver graduellement à une dose qui produise des effets thérapeutiques sans déterminer d'effets pathogéniques incommodes pour le malade. On fait prendre ce sel en solution, en sirop, très-rarement en pilules, à cause de sa déliquescence. Le meilleur mode d'emploi consiste à l'incorporer, une fois dissous, avec des sirops toniques ou dépuratifs, tels que les sirops de gentiane, de fumeterre, de salsepareille, ou même les

sirops de gomme, de thridace, etc. Les doses les plus élevées d'iodure de potassium trouvent leur indication dans les lésions avancées et profondes, telles que les altérations des os et les localisations viscérales. Mais si l'affection ne s'étend pas au delà du tégument externe ou interne, et si surtout le malade se trouve dans cette phase de la maladie à laquelle certains auteurs ont donné le nom de période de transition, le traitement mixte, tel que l'ont institué Gibert et Bazin, est le meilleur moyen de faire cesser les accidents. Le biiodure de mercure associé à l'iodure de potassium, ou sirop de deutoiodure ioduré de mercure (Boutigny, Gibert), est la préparation qui combat le plus avantageusement les syphilides profondes tuberculo-ulcéreuses et puro-vésiculeuses, affections la plupart du temps très-rebelles. De même que le mercure, l'iodure de potassium détruit la manifestation, mais il n'empêche pas les récidives, et par conséquent il ne peut rien contre la diathèse. L'espace de temps pendant lequel il convient de continuer l'emploi de ce médicament est pour quelques auteurs de deux à trois mois; mais ces auteurs oublient trop facilement qu'il ne peut y avoir de règle absolue sur ce point, et que la constitution du malade, son état de santé générale, la ténacité plus ou moins grande de la manifestation, sont alors les seuls guides. Évidemment, lorsque la détermination morbide locale cède facilement, il n'est pas nécessaire de prolonger beaucoup l'emploi du médicament; en cas contraire, il importe d'en continuer l'usage jusqu'au rétablissement de la santé générale, principalement lorsque la lésion est profondément située, circonstance qui rend difficilement saisissable le moment exact de sa complète disparition.

L'iodure de fer en pilules, ou mieux en sirop, sera avantageusement substitué, chez les personnes débiles, à l'iodure de potassium. De même que les préparations mercurielles, les préparations d'iode ont besoin d'être aidées dans leur action, toutes les fois que les malades présentent un certain degré de cachexie ou de simple anémie. Les boissons amères, les macérations de quinquina, le vin de Bordeaux, les jus de viande, les rôtis et même les ferrugineux, deviennent, dans ces conditions, plus ou moins nécessaires ou indispensables. Dans quelques circonstances où les préparations iodurées sont restées sans effet, je me suis fort bien trouvé, dans les accidents viscéraux, de l'usage du calomel à doses fractionnées. Les fonctions digestives troublées demandent quelquefois à être

traitées à part; mais il importe de savoir que l'un des principaux moyens à opposer au dérangement intestinal, si surtout il est sous la dépendance d'une lésion matérielle des glandes hémopoiétiques, c'est la médication iodurée, dont les contre-indications sont relativement rares. Plusieurs fois il m'est arrivé de constater les bons effets des frictions mercurielles dans cette circonstance. S'il arrivait que l'état cachectique fût entretenu par des dégénérescences amyloïdes des viscères, comme le foie et la rate, on pourrait, ainsi que l'a conseillé le docteur Budd, faire usage d'une limonade nitrique. Administré pendant un certain temps, l'acide nitrique possède, suivant ce médecin, une tendance remarquable à faire résorber le dépôt morbide auquel est dû l'accroissement des organes, à rétablir leur texture normale et à produire une amélioration de l'état général. Lorsqu'il est bien supporté, ce médicament, auquel il nous est arrivé de recourir plusieurs fois, est administré pendant des mois entiers, à la dose de quelques grammes pour un litre d'eau, sans incommoder l'estomac et sans produire une acidité excessive de l'urine.

Les indications locales, relativement fréquentes dans le cours de la période tertiaire, varient avec le siége et le degré d'intensité des accidents. Elles se présentent lorsque des ulcérations plus ou moins profondes succèdent aux néoplasmes syphilitiques et laissent à leur suite des pertes de substance, des rétrécissements de canaux, ou d'autres désordres capables d'entraver des fonctions importantes. Les ulcères de mauvais aspect, rebelles à la cicatrisation, développés à la surface de la peau ou des muqueuses, sont favorablement influencés par des pansements avec la glycérine, l'alcool, la teinture d'iode, une solution concentrée de sulfate de cuivre; lorsque ces accidents revêtent la forme serpigineuse, les moyens dont il s'agit ne sont pas toujours suffisants, et il devient nécessaire de recourir à des cautérisations à l'aide du perchlorure de fer, ou avec le nitrate acide de mercure, ou avec le sublimé. Disons que les pansements à l'iodoforme font généralement merveille dans ces cas.

Un traitement local n'est pas moins utile dans les affections syphilitiques de l'appareil de la locomotion. J'ai pu, dans plusieurs occasions, vérifier les bons effets des vésicatoires contre les arthropathies syphilitiques, les douleurs ostéocopes, l'ostéopériostite. En cas d'exostoses rebelles, Melch. Robert conseille de panser les vésicatoires avec la teinture d'iode ou l'onguent mercuriel double,

et de recouvrir de cataplasmes émollients. Ces moyens peuvent être opposés à la contracture musculaire. Les gommes ulcérées des muscles réclament les mêmes soins que les ulcères cutanés profonds. Les onctions mercurielles, l'emplâtre de Vigo aident à la résolution des lésions syphilitiques tertiaires superficiellement situées; les injections surtout activent leur disparition.

Certaines lésions peuvent obliger à recourir à une opération chirurgicale, ce sont principalement celles qui portent sur le voile palatin, le pharynx et les voies aériennes. Lorsque les perforations de la voûte palatine ou du voile du palais ne viennent pas à se cicatriser, la staphylorapbie doit être tentée, si elle est applicable; sinon, il est encore possible de remédier à ces accidents à l'aide d'obturateurs bien faits (1). Une autre circonstance propre à légitimer une opération chirurgicale, c'est quand des adhérences se sont établies, à la suite d'ulcérations, entre la face postérieure du voile du palais et la portion supérieure du pharynx. On sait que ces adhérences ont le plus souvent une origine syphilitique (2), ce qui vient de ce fait que les ulcérations syphilitiques sont les plus fréquentes de toutes celles que l'on observe dans ces régions.

Les lésions des voies aériennes causent, dans quelques cas, des troubles de la respiration tellement considérables, qu'il devient nécessaire de pratiquer la trachéotomie (3). Utile et efficace lorsque le larynx seul est affecté, cette opération est sans résultat dans les lésions de la trachée dont le siége habituel est la partie inférieure de ce canal (4).

(1) Déjà Gabriel Fallope cherche à remédier, à l'aide d'un instrument de ce genre, à la perforation syphilitique de la voûte palatine. (Voyez *Aphrodisiacus*, p. 829.)

(2) On trouve cette origine 26 fois sur 30 cas dans le mémoire du docteur Paul de Breslau, dont le docteur Verneuil nous a donné la traduction. (Voyez *Archives de médecine*, octobre 1865, p. 422.)

(3) Voyez Demarquay, *Union méd.*, 1864 ; — U. Trélat, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 8 décembre 1868.

(4) Cet article, dont nous devons la communication à l'obligeance de M. Lancereaux, est extrait d'un ouvrage qui paraîtra prochainement chez M. Germer-Baillière.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Considérations sur le traitement de la cystite chronique du col ;

Par M. le docteur Tillaux, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

La cystite chronique du col se rencontre assez fréquemment et n'est pas sans offrir quelques difficultés dans son traitement.

Nous entendons parler ici de la cystite en quelque sorte essentielle, qui n'a pas pour point de départ une lésion organique du corps ou du col vésical ou la présence d'une pierre ; de la cystite décrite par les auteurs, par Civiale en particulier, sous le nom de *névralgie du col vésical.* C'est qu'en effet deux éléments peuvent se rencontrer dans la production de la cystite chronique du col vésical, l'élément *névralgique* et l'élément *inflammatoire*, et il n'est pas toujours facile de faire la part qui revient à chacun, d'autant plus qu'ils existent le plus souvent tous les deux à la fois. Il nous semble cependant que l'inflammation joue le rôle capital, car il est assez rare qu'une blennorrhagie n'ait pas précédé la cystite d'un temps plus ou moins long ; la névralgie simple ne saurait non plus expliquer les cas assez fréquents où quelques gouttes de sang sortent à la fin de la miction. *Névralgie du col vésical, cystite chronique du col vésical,* me paraissent deux expressions qu'il faut confondre, au moins dans la pratique, car les symptômes sont identiques et la même thérapeutique est applicable aux deux cas.

La physionomie de la cystite chronique du col de la vessie est nettement tranchée. Il existe trois symptômes à peu près constants et en quelque sorte pathognomoniques :

1° Douleur plus ou moins vive à la fin de la miction ;

2° Difficulté ou impossibilité de retenir les urines lorsque le besoin se fait sentir ;

3° Envies plus ou moins fréquentes d'uriner ;

D'autres symptômes peuvent s'ajouter aux précédents :

Ainsi, les épreintes vésicales, l'issue de quelques gouttes de sang à la fin de la miction ; un écoulement muco-purulent, la déformation du jet de l'urine, etc. Il est rare qu'à la longue, il ne survienne pas un peu de catarrhe vésical.

Sans vouloir nous étendre davantage sur les symptômes, il nous

paraît cependant utile de revenir sur l'un d'eux : *la déformation du jet de l'urine*.

Dans la cystite chronique du col, le jet de l'urine peut être amoindri, déformé. Il est parfois tellement mince, que les malades ont la persuasion d'être atteints d'un rétrécissement de l'urèthre. Cette persuasion peut être partagée par le médecin s'il ne pratique pas convenablement l'exploration du canal. Nous pensons que le malade de notre observation n° 2 a donné lieu à cette erreur lorsqu'on lui pratiqua l'uréthrotomie interne. Ce malade, âgé de trente-trois ans, se présenta à nous, en effet, en disant qu'il était atteint d'un rétrécissement de l'urèthre, qu'il urinait avec beaucoup de peine, que l'urine tombait plutôt qu'elle n'était projetée du canal, qu'il urinait très-souvent, avec douleur, etc. Ces renseignements étaient bien de nature à faire songer à un rétrécissement. Malgré cela, nous commençâmes, suivant notre habitude constante, l'exploration avec une sonde métallique ordinaire et fûmes étonné de pénétrer dans la vessie sans rencontrer le moindre obstacle. Supposons l'exploration faite avec une petite bougie, supposons une de ces contractions spasmodiques si fréquentes, n'est-il pas évident que l'erreur de diagnostic eût été presque impossible à éviter ? Aussi recommandons-nous de faire toujours la première exploration d'un urèthre avec la sonde métallique ordinaire afin d'être tout d'abord fixé sur ce point : y a-t-il ou n'y a-t-il pas de rétrécissement.

La déformation du jet de l'urine dans la cystite chronique du col ne saurait s'expliquer que par la contraction spasmodique du sphincter. Nous ne mettons pas en doute que la *contracture du sphincter vésical* ne joue le rôle principal dans la maladie dont nous nous occupons, et aux expressions de *cystite chronique du col, névralgie du col,* nous ajouterions volontiers celle de *contracture douloureuse du sphincter vésical.* Nous nous trouvons ainsi porté à rapprocher l'une de l'autre deux maladies qui ne sont pas seulement voisines par le lieu qu'elles occupent, mais aussi par leur expression symptomatique et le traitement qu'elles réclament : la contracture du sphincter anal, la contracture du sphincter vésical.

La contracture du sphincter anal est le plus souvent liée à la présence d'une fissure sans que l'on puisse bien toujours déterminer lequel des deux éléments, contracture et fissure, est cause ou effet. Nous pensons qu'il en est de même pour le sphincter vésical, qu'il existe également des contractures du sphincter avec fissures. Nous

n'en pourrions pas fournir la preuve anatomique, mais notre observation n° 2 nous a paru caractéristique à cet égard. Il suffit de se rappeler les principaux symptômes de ces deux maladies pour constater que l'analogie est frappante.

Ce rapprochement entre la contracture douloureuse du sphincter anal et la contracture douloureuse du sphincter vésical nous paraît surtout fécond en applications thérapeutiques. En effet, si ces deux maladies sont identiques, si elles reconnaissent les mêmes causes, il est vraisemblable qu'elles céderont au même traitement. Or le traitement de la contracture anale est l'un des mieux connus et des plus efficaces qu'emploie la chirurgie : il consiste exclusivement aujourd'hui dans la dilatation forcée du sphincter anal. On voit de suite par quelle analogie, par quel raisonnement, nous avons été amené à la dilatation du sphincter vésical.

Mais avant d'en arriver à ce moyen, voyons les principales ressources de la thérapeutique contre cette affection douloureuse et qui est de toutes, peut-être, celle qui impressionne le plus le moral du malade.

L'appareil symptomatique que nous avons précédemment énuméré présente une intensité très-variable. C'est ainsi que la douleur oscille entre une simple gêne et une sensation de brûlure que les malades comparent à celle que produirait un fer rouge. La miction, tantôt plus fréquente seulement qu'à l'état normal, peut être en quelque sorte incessante, c'est-à-dire que les malades ressentent constamment le besoin d'uriner, au point de ne pouvoir jouir d'un instant de repos.

Les moyens thérapeutiques doivent être en rapport avec l'intensité de ces symptômes. Nous pouvons ranger ces moyens en deux catégories : les uns, *médicaux*; les autres, *chirurgicaux*. Les moyens médicaux seront employés contre les cas simples et généralement au début du traitement de toute cystite chronique du col. Ils consistent en frictions belladonées sur l'hypogastre, le périnée, etc., révulsifs sur le périnée, vésicatoires, douches, etc. On donnera des grands bains, des bains de siége, etc., en recommandant un régime doux, l'abstention de toute boisson et de tout aliment excitants. On peut obtenir ainsi la cure de bon nombre de cystites chroniques du col légères, d'autant plus que cette maladie guérit souvent spontanément avec le temps et un régime convenable.

Les moyens chirurgicaux seront employés en cas d'échec des pré-

cédents, et par conséquent à peu près toujours dans les cas graves.

Ces moyens chirurgicaux sont : *le cathétérisme, la cautérisation du col vésical, la dilatation du col*, et, peut-être, *l'incision du col.*

Le *cathétérisme* simple était, avec les injections d'eau froide dans la vessie, le mode de traitement préconisé surtout par Civiale contre les névralgies du col vésical. Il pratiquait tous les jours le cathétérisme avec une bougie de moyen calibre en la laissant séjourner pendant quelques minutes dans le canal. On espère ainsi, par le contact répété d'un corps étranger, émousser la sensibilité de la muqueuse et faire disparaître peu à peu la névralgie. Ce mode de traitement pourra toujours être mis en usage sans inconvénient, en se rappelant toutefois que certains malades éprouvent au contact de la bougie une douleur si violente tout le long du canal, qu'ils ne tolèrent plus une seconde introduction.

La *cautérisation du col de la vessie* est un moyen précieux qui, sans réussir toujours, donne souvent de très-bons résultats. Voici comment nous procédons à cet acte opératoire.

Le point important est de toucher exactement le col. Si le canal de l'urèthre avait toujours la même longueur, cela serait chose facile; mais il n'en est pas ainsi. Le porte-caustique sera donc introduit dans la vessie comme pour le cathétérisme ordinaire, après avoir rempli, bien entendu, la cuvette avecdu nitrate d'argent fondu à la flamme d'une bougie. La mobilité latérale de l'instrument prouve qu'il est dans la cavité vésicale. Le porte-caustique est alors peu à peu retiré par des mouvements de traction et de rotation combinés jusqu'à ce que, par l'absence de mobilité latérale, on soit certain que l'extrémité est engagée dans le col. Si l'observation de la tige, qui est graduée, prouve que cette extrémité se trouve alors à 15 ou 16 centimètres du méat, dimension normale du canal, le chirurgien n'en est que plus autorisé à croire qu'elle touche au col. Retirant alors l'instrument d'environ 2 centimètres (longueur de la cuvette contenant le nitrate d'argent), on pousse cette cuvette qui se trouve ainsi certainement en contact avec la muqueuse cervicale; trois ou quatre mouvements de rotation suffisent pour déterminer une bonne cautérisation.

Les suites de cette opération sont fort variables ainsi que le démontrent les observations suivantes que nous avons choisies parmi

un certain nombre de cas que nous avons traités de la sorte depuis quelques années.

Obs. I. — X***, trente-trois ans, ajusteur, entré le 10 juillet 1873, salle Saint-Augustin, n° 15, à l'hôpital Lariboisière (1).

Après avoir eu deux blennorhagies dont il ne peut préciser la date, le malade en contracte une nouvelle vers la fin de 1864. Elle dure environ quatre mois, puis est suivie de « goutte militaire » pendant sept à huit mois ; puis guérison complète.

En février 1866, le malade entre à l'hôpital d'Oran pour un rétrécissement ; ce fut là du moins le diagnostic du médecin qui le soigna à cette époque. Depuis environ deux mois, le malade urinait en arrosoir, le jet était petit, l'urine tombait presque goutte à goutte sur ses souliers. La miction s'accompagnait vers la fin de douleurs très-vives. Les urines ne furent jamais sanguinolentes.

La sonde était arrêtée dans le canal. Aussi le médecin, croyant trouver un rétrécissement, pratiqua l'uréthrotomie interne. Peu après l'opération, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri. Plus de douleurs, jet normal. Depuis ce moment, jamais aucun symptôme de rétrécissement, plus de nouvelle blennorrhagie.

Dans les premiers jours du mois de mai dernier, sans cause appréciable, le malade éprouva de nouveau des symptômes analogues à ceux décrits plus haut. Seulement cette fois, il rendit au début, à trois ou quatre reprises différentes, quelques gouttes de sang à la fin de la miction. Jet en arrosoir, petit, tombant presque sur ses souliers. Douleurs vives à la fin de la miction, siégeant au périnée, point du tout au méat. Le besoin d'uriner se fait sentir très-fréquemment.

Entré à l'hôpital le 10 juillet, se disant atteint de rétrécissement. M. Tillaux constate, le 12 que la sonde métallique ordinaire passe facilement, ne donnant nulle part la sensation d'un rétrécissement.

Diagnostic. — Cystite chronique du col de la vessie, névralgie, spasme musculaire à ce niveau.

14 mai. M. Tillaux passe la série des Béniqué jusqu'au n° 42 inclusivement.

15. Le malade urine mieux, le jet est plus gros, mais la douleur est toujours aussi vive à la fin de la miction.

La même chose, les jours suivants. L'envie d'uriner est fréquente, dix à douze fois dans les vingt-quatre heures, le malade est réveillé trois ou quatre fois chaque nuit.

18. L'urine, conservée pendant vingt-quatre heures, est parfaitement normale : ni pus, ni sang.

23. M. Tillaux fait la cautérisation du col au nitrate d'argent, au moyen du porte-caustique Lallemand. Le passage de l'instrument est très-douloureux, aussi bien tout le long du canal qu'au niveau

(1) Observation recueillie par M. Sockeel, externe du service.

du col. En cet endroit, l'instrument est arrêté pendant quelques minutes. Douleur très-vive au périnée.

Dans la journée, douleur intense, surtout au périnée, continue, provoquant des envies fréquentes d'uriner. Quelques gouttes d'urine sanguinolente se montrent chaque fois au bout du canal. Il n'y en a plus dès la troisième ou quatrième miction.

Vers trois heures de l'après-midi, les douleurs commencent à se calmer. Elles se font sentir seulement au moment du passage de l'urine, mais occupent toute l'étendue du canal.

Pendant la nuit, le malade a bien dormi ; réveillé cependant trois ou quatre fois pour satisfaire au besoin d'uriner.

24. Ce matin, le malade n'a point de fièvre. L'état général est très-bon. Il souffre en urinant plus qu'avant l'opération, mais moins que dans la journée du 23. La douleur se manifeste pendant toute la durée de la miction.

25. Le caractère de la douleur est tout à fait changé. Avant l'opération, elle était surtout prononcée à la fin de la miction; aujourd'hui, elle se montre pendant la miction et disparaît avec elle, elle est d'ailleurs beaucoup moins forte qu'auparavant. Il urine aussi moins souvent : réveillé seulement deux fois pendant la nuit du 24 au 25.

26. Le malade se sent très-bien. Il n'a plus été réveillé pendant la nuit (il urine à sept heures du soir, puis à cinq heures du matin).

27. Même état.

28. Le malade quitte l'hôpital, sur sa demande. Il est complétement guéri, plus de douleurs à la fin de la miction, légère souffrance pendant le passage de l'urine; urine trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures; peut d'ailleurs retenir le liquide, tandis qu'avant l'opération, il était obligé de courir uriner au plus vite, dès que l'envie s'en faisait sentir.

Obs. II. — X*** (Paul), vingt-quatre ans, ajusteur, entré le 23 avril, salle Saint-Augustin, n° 29 (1).

Première blennorrhagie à l'âge de dix-neuf ans, qui a duré deux mois et guéri sans avoir présenté de complications.

Deuxième blennorrhagie il y a dix-huit mois. Au bout de trois à quatre mois, l'écoulement persistant, le malade commença à avoir des envies fréquentes d'uriner et remarqua surtout qu'il était obligé de les satisfaire au plus vite. Il éprouvait en même temps des douleurs dans le bas-ventre, et surtout une pesanteur au périnée, s'accompagnant de ténesme rectal.

Quelque temps après l'émission de l'urine, il sortait par le méat quelques gouttes de sang. A ce moment, un médecin lui ordonna du sirop de perchlorure de fer et fit dans l'urèthre des injections au perchlorure de fer.

(1) Observation recueillie par M. Sockeel, externe du service.

Ce traitement aggrava l'état du malade, l'écoulement blennorrhagique ne fut point diminué, et les douleurs qu'il éprouvait en urinant augmentèrent sensiblement et se prolongèrent un quart d'heure ou une demi-heure après la miction. Le besoin d'uriner se faisait sentir très-fréquemment, une ou deux fois chaque heure. De plus, à la fin de chaque miction, il rendait des caillots sanguins. A ce moment le malade fut obligé de suspendre ses travaux pendant deux mois, tant les souffrances étaient vives.

Puis se trouvant un peu mieux, il se remit à travailler : cependant, continuant à souffrir comme avant le traitement par le perchlorure, il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel: le canal est libre dans toute son étendue. Le malade urine cinq à six fois par jour, douleurs pendant la miction, qui est suivie toujours de la sortie de quelques gouttes de sang.

Diagnostic : cystite chronique du col de la vessie. Contracture douloureuse du sphincter, avec fissure.

30 avril. Les moyens médicaux ordinaires ayant échoué, M. Tillaux pratique la cautérisation du col de la vessie au moyen du porte-caustique Lallemand. Le malade n'accuse pas de douleur pendant l'opération.

Il urine pour la première fois environ quatre heures après l'opération : le début de la miction est très-douloureux, violente cuisson pendant le passage de l'urine, qui est rouge. Vers la fin, sang pur, caillots ; les douleurs continuent encore pendant une heure, après la miction. Urine une deuxième fois vers six heures du soir : mêmes caractères de l'urine, mêmes douleurs.

Pendant toute l'après-midi et pendant la nuit, le malade se plaint de violentes douleurs de reins, de céphalalgie, de courbature dans les membres. Trois mictions pendant la nuit, peu de sang.

1er mai. Ce matin, le malade perd encore quelques gouttes de sang ; le passage de l'urine est toujours douloureux.

2. Les mictions se suivent à de courts intervalles.

5. Le malade continue à perdre du sang en proportion plus considérable qu'avant l'opération. La miction est aussi douloureuse ; les douleurs se font sentir un peu avant, pendant et après, se prolongeant pendant un bon quart d'heure. Il urine dix à douze fois dans les vingt-quatre heures ; toutes les nuits, maintenant, il est réveillé par le besoin d'uriner (ce qui n'avait pas lieu auparavant).

Le malade caractérise ces douleurs par les expressions d'*élancements*, de *soubresauts* dans le périnée.

8 au 10. Amélioration notable : moins de douleurs, presque plus de sang, envies moins fréquentes.

12. Le mieux n'est que passager : les symptômes s'aggravent de nouveau et le malade ne se trouve guère mieux aujourd'hui que le jour de son entrée.

13. Nouvelle cautérisation au nitrate d'argent. Cette opération n'est pas plus douloureuse que la première.

Une heure après, écoulement spontané et continu d'une légère quantité de sang noir, caillé.

Vers cinq heures du soir, frisson violent pendant près de deux heures; claquement de dents, puis chaleur, sueurs.

Vers onze heures, nouveau frisson aussi intense que le premier, et d'égale durée, qui s'accompagne de vomissements alimentaires.

14. Troisième frisson vers six heures du matin; sulfate de quinine, 50 centigrammes.

Frissons à cinq heures du soir, puis à onze heures, mais moins intenses que ceux de la veille.

15. Sulfate de quinine, 50 centigrammes. Plus de frissons dans la journée.

16. Plus de sang au méat, plus de frissons.

18. L'écoulement du sang reparaît un peu dans la journée.

20. Il cesse de nouveau : le malade va beaucoup mieux; envies moins fréquentes, presque pas de douleur en urinant.

1er juin. L'amélioration continue. Le malade, depuis trois jours, rend, avant d'uriner, une matière blanche comme du blanc d'œuf. Autrefois (avant la cautérisation) il rendait une matière semblable, mais après la miction.

9. Le malade ne rend plus cette matière blanche. La guérison est complète; il ne souffre plus en urinant, résiste facilement au besoin d'uriner, qui se fait sentir quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures. Il se trouve radicalement guéri et demande à retourner à ses travaux interrompus depuis près d'une année.

Dilatation du col vésical. — Nous avons dit déjà comment l'analogie entre la contracture anale et la contracture vésicale nous avait fait songer à employer la dilatation du col de la vessie. Nous pratiquons, le plus souvent, cette dilatation avec les bougies Béniqué que nous introduisons de plus en plus volumineuses. C'est donc la méthode du cathétérisme simple employée par Civiale, combinée à la dilatation.

Mais si la dilatation du col vésical peut être utile dans les contractures de cet organe, il n'en est pas de même de celle du canal de l'urèthre, et on peut trouver déjà exorbitante l'introduction du dernier numéro de la filière Béniqué, et cependant ce numéro ne mesure que 1 centimètre de diamètre. Cette bougie distend donc inutilement l'urèthre et ne dilate que très-peu le col. Après avoir fait part de ces idées à un de nos confrères atteint de contracture extrêmement douloureuse du col vésical, que l'introduction de la série complète Béniqué avait diminuée, mais non guérie, nous fîmes construire une bougie dont le bec, formé de deux branches mobiles, pouvait produire une dilatation forcée du col sans distendre le canal. Notre

confrère se soumit à l'application de cet instrument et en obtint un résultat favorable; mais je me borne à signaler ici cette tentative, me réservant de la poursuivre et d'en rendre compte ultérieurement.

Incision du col. — Une des raisons qui nous ont déterminé à choisir, pour la publier, l'observation I, c'est cette circonstance que le malade, opéré à Oran en 1866, par l'uréthrotomie interne, avait vu les accidents disparaître. Or il est très-vraisemblable qu'en 1866, comme en 1873, il avait été atteint de cystite du col de la vessie; car si l'on songe qu'il n'avait été pratiqué aucune dilatation consécutivement à l'opération et que sept ans plus tard, bien que le malade présentât des symptômes identiques à ceux de la première crise, nous pûmes introduire dans la vessie une bougie de 7 millimètres de diamètre sans rencontrer le *moindre obstacle* dans le canal, il est vraisemblable, disons-nous, qu'une contracture du col vésical en avait imposé pour un rétrécissement.

Est-il donc surprenant qu'une incision du col vésical ait fait disparaître la contracture du col vésical et les douleurs qu'elle engendre? Nullement, si l'analogie que nous cherchons à établir avec la contracture anale est exacte, puisque celle-ci cède à l'incision du sphincter. Toutefois ce n'est là qu'une vue théorique dont nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier l'exactitude; nous n'hésiterions pas cependant à la mettre en pratique, tant elle nous paraît rationnelle, en présence d'un cas de contracture douloureuse du sphincter vésical, rebelle aux moyens ordinaires de traitement.

CHIMIE ET PHARMACIE

Des tartrates et des citrates de fer et de leurs combinaisons ammoniacales (1);

Par M. le docteur C. Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker.

TARTRATE DE SESQUIOXYDE DE FER ET D'AMMONIAQUE : $C^8H^4O^{10},Fe^2O^3,AzH^3,2HO$, à 100 degrés.

Mis au contact d'un excès d'ammoniaque liquide, le tartrate de protoxyde de fer, de préférence encore humide, se dissout avec un dégagement de chaleur très-sensible. En même temps que cette

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

dissolution s'opère, le liquide prend une coloration verdâtre et une consistance de plus en plus sirupeuse, même en présence d'une quantité d'eau assez considérable. Ce mélange de tartrate de protoxyde de fer et d'ammoniaque, en présence de l'eau et de l'oxygène de l'air, enlève à ce dernier un équivalent d'oxygène pour donner le composé suivant :

$$C^8H^4O^{10},Fe^2O^2,+AzH^3+O=C^8H^4O^{10},Fe^2O^3,AzH^3+aq.$$

Il y a fixation d'eau. L'absorption de l'oxygène s'effectue spontanément, plus lentement à la vérité qu'avec le protocitrate de fer ; le liquide d'abord verdâtre, presque noir en masse, jaunit peu à peu. On peut alors le laisser dessécher sur des assiettes, à l'air libre, car il n'est pas déliquescent ; il se détache en plaques brillantes dès qu'il est sec. J'ai constamment observé le phénomène suivant : tout d'abord le tartrate de protoxyde de fer se dissout dans l'ammoniaque en donnant une liqueur assez fluide ; puis, à mesure que ce liquide absorbe l'oxygène de l'air, il s'épaissit et finalement se solidifie s'il n'est pas très-étendu d'eau, même en présence d'un grand excès d'ammoniaque. A mesure que l'oxydation se complète, le liquide redevient de plus en plus fluide, et, dès qu'il est nettement jaune caramel, il n'a guère plus de consistance que l'eau. Ce qui précède indique l'existence d'un tartrate intermédiaire peu soluble dans l'eau ammoniacale, facile à obtenir en paillettes verdâtres en le faisant évaporer sur des assiettes ; ce n'est pas là un produit stable ni bien défini.

Une addition de tartrate neutre d'ammoniaque n'empêche pas l'épaississement du liquide pendant son oxydation.

Le tartrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque, obtenu à froid au moyen du tartrate ferreux, n'est pas déliquescent ; il est en plaques ou en paillettes transparentes d'un rouge grenat, très-solubles dans l'eau distillée, insolubles dans l'alcool et dans l'éther. L'alcool ne se colore même pas à son contact et précipite sa solution aqueuse concentrée.

Ce sel est peu employé en France. Les Américains en font un usage fréquent et le préfèrent au tartrate de potasse et de fer.

Le cyanoferrure et le sulfocyanure de potassium ne précipitent point les solutions de tartrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque. Mais la moindre addition d'un acide minéral fait immédiatement apparaître le précipité bleu avec le cyanoferrure et rouge

avec le sulfocyanure, même avec les protosels. Les choses se passent comme si l'on opérait sur un sel de fer à acide minéral, auquel on aurait ajouté de l'acide tartrique.

Le cyanoferride de potassium ne donne pas non plus de précipité au contact du tartrate ferreux.

Simplement desséché à l'air, le tartrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque laisse à l'incinération 27,09, — 28,2 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre, chiffres variables avec l'état hygrométrique de l'air.

Desséché dans l'air sec, sous une cloche, en présence de l'acide sulfurique, ce sel a donné 29,58, — 29,19, — 29,4 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre ; ces chiffres correspondent à la formule $C^8H^4O^{10},Fe^2O^3,AzH^3,+5HO = 29,19$ pour 100 de sesquioxyde de fer.

Desséché à l'étuve à eau bouillante jusqu'à cessation de toute perte de poids, enfin incinéré, il a donné 32,68, —32,53, — 32,59 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre, ce qui correspond à la formule $C^8H^4O^{10},Fe^2O^3,AzH^3+2HO = 32,38$ pour 100 de sesquioxyde de fer (1).

Ces dosages ont été faits sur des échantillons différents. L'oxyde de fer a été calciné à plusieurs reprises avec addition de quelques gouttes d'acide azotique pur, pour détruire toute trace de carbone, et jusqu'à complète cessation de perte de poids par une nouvelle calcination.

On prépare communément le tartrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque avec le bitartrate d'ammoniaque et le sesquioxyde de fer hydraté. En faisant digérer ces deux composés en présence de l'eau, l'oxyde de fer entre peu à peu en dissolution, mais très-lentement.

Outre les difficultés de la préparation de l'hydrate de sesquioxyde de fer *pur*, ce procédé présente un inconvénient grave qui ne paraît pas avoir été signalé jusqu'à présent. L'hydrate de sesquioxyde de fer, que l'on fait digérer pendant un temps suffisant avec le bitartrate d'ammoniaque et même avec le tartrate neutre d'ammoniaque, tend à déplacer complétement l'ammoniaque, et finalement à donner du tartrate de sesquioxyde de fer. Pour atteindre ce

(1) Avec 3 équivalents d'eau, on aurait 31,24 pour 100 de sesquioxyde de fer.

dernier résultat, il faudrait maintenir le mélange de tartrate d'ammoniaque et d'oxyde de fer en excès pendant plusieurs semaines dans une étuve. Je ne suis pas parvenu à faire disparaître complétement les dernières portions d'ammoniaque ; le liquide devient d'un beau rouge et donne de belles paillettes rouges. Un premier échantillon de ce produit, desséché à 100 degrés, renfermait 34,27 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre ; un second échantillon a donné 36,33 pour 100, au lieu de 32,38 que donne le sel ammoniacal ordinaire.

L'oxyde de fer hydraté, brun et gélatineux, maintenu longtemps en digestion avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque, n'en déplace pas l'ammoniaque ; la liqueur reste incolore, même au bout de huit jours, contrairement à ce qui se passe avec le tartrate d'ammoniaque, et l'oxyde de fer devient rouge et grenu.

(*La fin au prochain numéro.*)

Liqueur à base de coaltar pulvérulent et propre à le remplacer dans le pansement des plaies profondes ;

Par M. Magnes-Lahens, pharmacien à Toulouse.

Le nombre des liqueurs désinfectantes à base de coaltar ou de ses dérivés est déjà très-considérable. Cependant M. Magnes-Lahens vient de proposer, dans la séance du 13 février de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, une nouvelle liqueur désinfectante, laquelle aurait, d'après ce pharmacien distingué, l'avantage d'être d'une préparation plus simple, plus rapide, plus économique et aussi efficace d'ailleurs que les liqueurs le plus en renom.

Voici sa formule :

Coaltar pulvérulent.	100	grammes.
Alcool à 18 Cartier (46 cent.) . . .	400	—

Laissez macérer pendant quelques heures dans un flacon bouché en agitant de temps en temps et filtrez.

Le coaltar pulvérulent, dont nous avons donné le mode de préparation en 1871 (t. LXXX), étant composé de coaltar 33, poudre de charbon 66, et ce dernier corps ne cédant rien à l'alcool, il peut paraître avantageux de traiter directement 33 grammes de

coaltar par la dose d'alcool prescrite ; c'est une erreur : l'opération est plus longue, plus difficile et le produit moins satisfaisant. Divisé par le charbon, le coaltar cède plus aisément à l'alcool ses principes solubles.

L'alcoolé qui résulte de ce mode excessivement simple, dit M. Magnes-Lahens, est limpide et d'une teinte dorée ; il se maintient longtemps dans cet état sans éprouver aucune altération.

Il convient de l'employer tel que la formule le donne, dans le pansement de la plupart des plaies de mauvaise nature ; on peut cependant l'additionner d'une proportion plus ou moins grande d'eau pour en mitiger l'action. Quand on l'additionne d'eau, il devient lactescent, mais il ne se produit jamais dans son mélange avec l'eau, même après plusieurs heures, ni flocons volumineux ni caillots consistants qui puissent nuire à son application.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Sur l'emploi du métachloral.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi une légère rectification à propos d'une observation de *pemphigus neo-natorum* traité par la poudre de métachloral, observation à laquelle mon collègue M. le docteur Dujardin-Beaumetz a donné place dans son travail sur les applications externes du chloral, publié dans le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique*.

Je lis, p. 59, que le métachloral avait été mélangé au lycopode dans la proportion suivante :

Métachloral en poudre.	10 grammes.
Poudre de lycopode	9 —

Il y a là une inexactitude que vous trouverez utile de rectifier.

Le mélange a été fait au dixième, comme il a été dit dans l'observation, c'est-à-dire :

Métachloral en poudre.	1 gramme.
Poudre de lycopode	9 —

Un mélange à parties égales s'était trouvé trop douloureux à l'application, et j'ai dû réduire la proportion du médicament au dixième.

Je dois dire toutefois que ce mélange au dixième, employé quelques jours après *chez un adulte* atteint d'une plaie ulcéreuse de la région inguinale consécutive à un abcès froid, a été tout à fait inefficace ; la plaie s'est même couverte de pourriture d'hôpital. Malheureusement le médicament m'a manqué, sans quoi je l'eusse essayé à une proportion plus forte et même à l'état pur et sans mélange.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments de confraternité.

Dr Féréol,
Médecin à la Maison municipale de santé.

1er août 1873.

Lypémanie avec aphasie et amnésie temporaires, en corrélation avec la diathèse rhumatismale ; traitement par les altérants, les toniques, etc. : guérison.

Le nommé M***, horloger, âgé de vingt-huit ans, né et demeurant à Azille (Aude), est issu de parents scrofuleux et rhumatisants. Le père, en outre, est devenu gastralgique ; la mère a eu une incontinence d'urine jusqu'à l'âge de seize ans, et un frère de celle-ci a offert certains signes d'aliénation mentale.

M*** présente les attributs extérieurs des sujets scrofuleux ; il a eu, dans son enfance, des manifestations strumeuses : gourmes, abcès froids à une jambe. Pris, à onze ans, d'une première attaque de rhumatisme, il vit ensuite s'écouler une période de cinq années sans apparition nouvelle de douleurs; mais au bout de ce temps, il eut chaque année une ou plusieurs atteintes de rhumatisme, principalement localisé alors dans la région lombaire et l'articulation coxo-fémorale, atteintes quelquefois assez intenses pour l'obliger à suspendre son travail et même à garder le lit durant vingt, vingt-cinq jours et même des mois entiers. Depuis deux ans, cette affection, à la suite d'un traitement énergique conseillé par un confrère, avait disparu d'une manière à peu près complète.

Marié à vingt ans, M*** a un enfant qui, jusqu'à ce jour, n'a présenté aucune manifestation héréditaire nettement accusée : une incontinence nocturne d'urine très-rebelle est la seule indisposition qu'il y ait eu à constater.

Des affaires de famille très-pénibles avaient contraint de bonne heure M***, qui est doué d'un caractère assez actif, d'un esprit posé, sérieux, honnête, mais d'une intelligence ordinaire, aux ré-

flexions soutenues et aux fortes contentions d'esprit. Très-laborieux, il se livrait ardemment à son travail, prenant quelquefois sur l'heure de ses repas le temps voulu pour s'acquitter de sa besogne. Ces conditions contraires à l'hygiène lui avaient occasionné d'abord des accidents dyspeptiques, dont les amers et les toniques avait eu raison ; lorsqu'au mois de juillet 1872, il se manifesta chez lui une céphalée, peu intense il est vrai, mais très-tenace et très-rebelle aux agents thérapeutiques mis en usage : arséniate de soude, chloral, antispasmodiques divers. A sa suite, apparurent certains symptômes de mélancolie caractérisés par une tendance à la solitude, des préoccupations sur son avenir, des appréhensions de pertes d'argent, etc., idées qui, quoique éloignées sans cesse de son esprit par les efforts de ses parents, revenaient fréquemment, troublaient son sommeil et le plongeaient dans le dégoût et l'anéantissement progressif de ses facultés physiques, intellectuelles et morales.

Consulté par la famille à cette époque et, en raison des antécédents, pensant pouvoir attribuer ces douleurs céphaliques à un rhumatisme crânien ou cérébral, j'envoyai le malade passer une saison de vingt et un jours aux thermes d'Amélie. Il revint sans modification bien marquée dans son état, et les symptômes susindiqués allant croissant, M*** présenta bientôt les caractères primordiaux de la lypémanie.

Ainsi, il ne répondait que par monosyllabes, par oui et par non et à voix basse, ou simplement par des signes de tête ou d'épaules, et longtemps après, aux questions qui lui étaient adressées, quelque pressantes qu'elles fussent, de quelque intérêt qu'elles fussent empreintes. Il serait resté très-volontiers tout un jour assis sur une chaise dans un coin obscur, sans songer à se lever pour pourvoir à sa nourriture ; on était même souvent obligé de le rudoyer pour lui faire prendre des aliments, de le surveiller pour le faire aller à la garde-robe. L'appétit était du reste à peu près nul, et malgré cela, les digestions assez bonnes. Sa figure exprimait le dégoût et l'abattement, le regard était hébété ; cependant l'intelligence paraissait être toujours assez lucide. Les nuits se passaient dans une insomnie complète, ou dans des rêves délirants : par exemple, il rêvait que la maison s'écroulait, que des voleurs pénétraient chez lui, etc. A de certains moments de la journée, il pleurait à chaudes larmes, tantôt sans nul motif, tantôt, et le plus souvent, pour une simple contrariété.

Un traitement institué après son retour d'Amélie, et basé sur l'emploi de l'iodure de potassium, du quinquina et des préparations aloétiques et ferrugineuses combinées, joint à l'administration d'une d'abord, puis de deux douches en arrosoir sur la tête, par jour, avec des pédiluves sinapisés, n'avait amené qu'un simple arrêt momentané dans les symptômes, avec certains moments de retour et de participation aux choses du monde extérieur. Au bout d'un mois

de l'emploi de ces moyens, l'inappétence, l'anémie, les troubles cérébraux persistant, il fut décidé que le malade irait aux eaux de La Malou-le-Centre.

Quinze jours après, il rentrait chez lui sans grande modification encore à son état mental. L'aphasie était même devenue complète; il paraissait s'être produit de la paralysie des muscles de la phonation et de la langue, qui ne pouvait dépasser le rebord dentaire quand on lui disait de la montrer.

Pour seconder l'action des eaux de La Malou, pour amoindrir et faire disparaître, s'il était possible, l'anémie générale dont le malade était affecté, et l'anémie probable des grands centres nerveux, j'insistai de nouveau sur les préparations de quinquina (vin de quinium), sur les ferrugineux, (poudre ferro-manganique), sur des frictions le long de la colonne vertébrale avec de l'eau sédative; à cela je joignis un peu de café noir à la fin des repas, des promenades au grand air. Au bout de quelques semaines, je pus apprécier une légère amélioration dans l'état général de M***, coïncidant, à ce qu'il me sembla, avec une apparition de douleurs rhumatismales, peu intenses, il est vrai, sur la surface crânienne. Les diverses fonctions parurent se réveiller de leur torpeur, l'appétit revint, le sommeil fut un peu meilleur et plus prolongé. Mais le malade avait oublié beaucoup : ainsi, il ne se rappelait pas d'avoir été à Amélie, très-vaguement d'avoir séjourné à La Malou; il ne savait aussi presque plus écrire; et lorsqu'on cherchait à lui faire lire quelque chose et à lui en faire rendre compte, malgré sa meilleure volonté, il faisait signe qu'il n'avait pas trop compris ce qu'il avait lu. Il ne pouvait pas articuler les mots d'une manière distincte, et surtout certaines syllabes, celles renfermant les lettres *l*, *r*; et lorsqu'on lui disait de répéter certains mots, même en les épelant, il ne le pouvait, la langue se refusant obstinément à se délier; il ne parlait que très-lentement et à demi-voix, comme le fait un individu qui retient sa respiration en parlant, par crainte de ne pas arriver d'une seule haleine à la fin d'une longue phrase.

Il a donc fallu chez lui faire un nouvel apprentissage et pour l'articulation des mots et pour l'écriture. Au début, sa main, très-lourde et tremblante, se refusait à écrire ou à retracer des caractères d'imprimerie ou des dessins; il a commencé par calquer des titres de journaux, et peu à peu est arrivé à une écriture de moyenne grosseur et assez lisible. Si on le priait d'écrire un mot désigné d'avance, se composant de plusieurs syllabes, il lui arrivait parfois ou d'omettre une syllabe entière, ou d'être obligé de chercher dans sa mémoire pendant quelques instants quelles étaient les lettres à assembler pour composer le mot donné. Peu à peu cependant, la bonne volonté et l'exercice aidant, il en est venu à écrire très-couramment, et même à se servir de l'écriture à la façon des sourds-muets, pour exprimer sa pensée lorsque, par des signes, il ne pouvait arriver à se faire comprendre d'une manière nette. Le retour du langage à haute voix a été retardé encore.

L'isthme du gosier et la luette, malgré le défaut de fonctionnement des muscles de la phonation, avaient conservé leur sensibilité normale. Parfois il toussait et *hemmait* comme s'il eût voulu rejeter un obstacle qui l'eût embarrassé dans le gosier.

Dans ces conditions, j'ai soumis le malade aux préparations de strychnine, *intus et extra*, en frictions sur la région antéro-latérale du cou; elles ont été continuées pendant un mois environ.

De l'ensemble de tout ce traitement assez complexe, il est résulté que les symptômes de l'état mental sont allés en décroissant de jour en jour, et que M*** a pu reprendre peu à peu son travail d'horlogerie; son esprit est redevenu aussi lucide qu'avant sa maladie, et à l'époque actuelle, c'est-à-dire neuf mois et demi environ depuis les premiers débuts de l'affection, il jouit pleinement de toutes ses facultés, et la guérison semble bien assurée.

Telle est, relatée dans ses principaux détails, cette observation de lypémanie, apparaissant chez un sujet rhumatisant, s'accompagnant de tout un long cortége de troubles nerveux, et arrivant à bonne issue après une durée relativement courte.

Dr G. Raymond.

Azille, avril 1873.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de pathologie interne et de thérapeutique, par M. F. de Niemeyer, professeur de pathologie et de clinique médicale à l'Université de Tubingue, 8e édit.; nouvelle édition française sur la huitième et dernière édition de l'ouvrage allemand, modifiée et augmentée. Seule traduction de la dernière édition allemande; Paris, Lauwereyns, 1872.

Cette huitième édition d'un livre classique dans presque toute l'Allemagne sera la dernière édition, car l'auteur, M. Niemeyer, est mort peu de temps après y avoir mis la dernière main. Avant de revenir sur cette importante publication, dont on a déjà parlé dans ce journal, nous avons cru devoir nous renseigner auprès d'un médecin très-compétent, un compatriote qui a été violemment séparé de nous, sur l'esprit, sur la philosophie de l'homme assurément bien distingué dont nous avions à caractériser l'œuvre principale sous la dernière et désormais immuable forme dont il l'a revêtue. D'après notre honorable correspondant, le professeur de Tubingue était surtout un homme d'un rare bon sens, d'un jugement exquis, et d'une probité scientifique et professionnelle à toute

épreuve. Nous supprimerons les détails dans lesquels entre notre savant confrère pour justifier cette appréciation : qu'on nous permette seulement de détacher de sa lettre un court passage qui nous intéresse particulièrement : « En ai-je trop dit, lis-je dans cette lettre, en faveur de l'ouvrage ? Le succès qu'il a eu en France me semble prouver que non. Et certes, ce succès qui, pour le moment, est un peu compromis par la haine politique, reviendra, quand la surexcitation actuelle sera un peu calmée, quand on aura compris, ce qui chez une nation aussi spirituelle et aussi généreuse que la nation française ne tardera pas à arriver, que la science et ses enseignements n'ont rien de commun avec les rivalités, les jalousies, les haines internationales, et que l'œuvre d'un médecin éminent mérite toujours d'être connue en France, quand même ce médecin serait Allemand, voire même Prussien. » Ce cosmopolitisme de la science, nous l'admettons sans aucune espèce d'hésitation avec notre honorable confrère. Mais de même que ce cosmopolitisme nous commande de nous surveiller dans notre tendance au chauvinisme, dont notre science s'accommode encore moins qu'aucune autre, il nous met en garde, et avec non moins de raison, contre la même tendance quand nous la rencontrons ailleurs. Or, s'il est un fait démontré déjà aujourd'hui, c'est qu'il y a beaucoup de clinquant dans l'or d'outre-Rhin et que, sauf quelques détails que seul pouvait saisir le microscope dans la composition des tissus, des humeurs à l'état hygide ou pathologique, la science allemande n'a guère imprimé de progrès proprement dits à la médecine, qu'elle a, au contraire, fait rétrograder sur plus d'un point en s'efforçant de faire de la vie un pur mécanisme. Ecoutez à cet égard une voix bien plus autorisée que celle de l'humble auteur de cet article, la voix d'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de Paris ; ces paroles qu'on trouvera prophétiques dans vingt ans, et qui ne le sont aujourd'hui peut-être qu'au sens d'un petit nombre, méritent d'être consignées ici. « On nous oppose l'éclat de la science allemande, dit ce professeur éminent. Cet éclat nous trompe ; il ne nous paraît réel que parce que notre vue intellectuelle s'est affaiblie, et que nous croyons sur parole les intéressés qui nous chantent l'hosannah allemand. Ce faux éclat s'éteindra de lui-même, et les temps ne sont pas loin où l'on sera étonné du peu qui restera de ce faux prestige. Tout le travail de l'Allemagne, celui surtout qui concerne la biologie, peut se

résumer en ces mots : beaucoup de faits de détail, la plupart mal vus et mal définis ; beaucoup de théories vaines se détruisant les unes les autres ; très-peu de vérités acquises, aucune de ces vues larges qui conquièrent à l'observation de riches et vastes domaines ; pas un Harvey, pas un Bichat, pas un Laennec. » Cette critique sommaire de la médecine contemporaine en Allemagne, malgré les brevets de supériorité qu'elle continue à se donner à elle-même, nous la croyons fondée ; mais ôte-t-elle toute valeur à l'ouvrage de l'ancien professeur de Tubingue? Nous sommes bien loin de le croire, et voici pourquoi.

Tout en regardant les choses un peu trop à travers les lunettes de Virchow, Niemeyer n'en reste pas moins un clinicien de premier ordre, un observateur sagace et qui n'hésite jamais (il le montre dans cent endroits de son ouvrage) à maintenir les faits de l'expérience en face des défaillances de la théorie, ou des théories auxquelles il incline le plus. Cette fermeté d'esprit qui le conduit à embrasser d'un même regard les faits qui sont en dissonnance avec la théorie, comme ceux qui concordent avec elle, a imprimé à la description des maladies en général, telle qu'on la lit dans son livre, un cachet de vérité qui en fait une excellente nosographie. Mais ce n'est pas tout : cette rigueur, cette honnêteté dans l'observation l'ont défendu contre un écueil plus dangereux encore, celui de ne pas subordonner en tout la thérapeutique aux enseignements de l'expérience clinique. Cet empirisme raisonné qui le fait un peu trop suspecter les données de l'expérimentation physiologique soit chez l'homme, soit chez les animaux, mais qui le préserve en même temps d'excès dangereux, il en a établi les bases dans une introduction qui rappelle, sans le faire oublier assurément, un travail analogue de notre Trousseau, et dont nous recommandons la lecture à tous les esprits qui ont foi dans l'avenir.

Avant d'entreprendre la lecture méthodique de ces deux immenses volumes, que je conseille, d'ailleurs, comme un spécimen complet du diagnostic et de la thérapeutique en Allemagne à cette heure de la science, qu'on lise, pour s'édifier de suite sur ces deux points, quelques-uns des grands articles du *Traité de pathologie interne et de thérapeutique*, les articles relatifs à la pneumonie croupale (lisez pneumonie commune) et à la pleurésie, par exemple, et l'on se convaincra bien vite qu'on a affaire à un guide soucieux par-dessus tout de renseigner utilement ceux qui lui demandent de

les diriger dans une voie quelquefois scabreuse. Les éléments du diagnostic y sont bien posés et suffisamment développés, bien que nous ayons remarqué çà et là l'omission de quelques artifices utiles pour démasquer en quelques cas certains symptômes latents. Les ressources de la thérapeutique y sont judicieusement appréciées; c'est ainsi, par exemple, que l'auteur appuie, non sans raison, sur l'utilité, la presque nécessité de l'intervention des préparations ferrugineuses dans les cas, fréquents dans ces deux maladies, où l'usure organique et la lenteur de la résorption des exsudats appellent cette intervention; c'est ainsi surtout que, résistant à la pente où tendrait à l'entraîner sa conception de la combustion fébrile, il condamne nettement les excès alcooliques de la thérapeutique de plusieurs. Non-seulement il condamne ces excès, mais il ne voit d'indication à cette médication si scabreuse que dans quelques cas rares qu'il s'efforce de bien délimiter.

Forcé de nous arrêter ici, nous ajouterons seulement que cette édition presque posthume du *Traité de pathologie interne et de thérapeutique* a subi dans son texte un certain nombre de modifications qui traduisent plus exactement que les éditions précédentes la pensée du maître. Il paraît que jusque-là, en Allemagne, on ne connaissait pas l'influence du bromure de potassium dans l'hystérie; l'auteur a comblé cette lacune réelle. Il a remanié fortement les articles relatifs au diabète insipide ou polydipsie, à la rage, etc., etc. En somme, qui voudra connaître dans toute son intégrité la pensée du professeur de Tubingue sur les questions fondamentales de la pratique médicale, devra recourir à cette huitième édition.

Les traducteurs de l'œuvre de Niemeyer, nos savants et sympathiques confrères de Forbach, MM. Culmann et Singel, ont effacé leurs noms sur la première page de cette œuvre considérable : c'est un excès de modestie; qu'ils nous permettent, à nous qui n'avons point à bénéficier de cette réserve, de les y rétablir et de les encourager encore dans l'œuvre laborieuse, savante, de vulgarisation à laquelle ils se sont voués.

Max Simon.

BULLETIN DES HOPITAUX

Accidents graves causés par l'application d'une solution de chlorhydrate d'aniline sur des plaques de psoriasis; par le docteur Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1). — On sait la résistance du psoriasis, du psoriasis invétéré surtout, aux traitements internes et topiques habituellement employés; la liste serait longue des essais de tous genres qui ont été faits. C'est le résultat de tentatives infructueuses et qui ont failli avoir un résultat funeste, que je viens communiquer à la Société.

A la suite de nombreuses incitations de ma part, M. Lutz, le savant pharmacien de l'hôpital Saint-Louis, me proposa d'essayer l'application sur les plaques de psoriasis d'une solution de chlorhydrate d'aniline. Je savais bien que, dans les fabriques de couleurs à base d'aniline, on avait observé des accidents; mais on les avait presque toujours attribués à la présence de l'acide arsénique. Je n'avais plus présents à la mémoire deux très-intéressants articles publiés, en 1863 et 1864, par M. Beaugrand, dans les *Annales d'hygiène*, sur l'empoisonnement par l'aniline, ni l'article sur l'aniline du même auteur, publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; j'étais, de plus, rassuré par M. Lutz, qui depuis des mois vivait dans une atmosphère saturée de vapeurs d'aniline sans en éprouver le moindre inconvénient. Je n'hésitai donc pas à essayer l'application d'une solution de chlorhydrate d'aniline.

La première application fut faite sur un homme de quarante-neuf ans, très-intelligent, atteint depuis trente-deux ans d'un psoriasis invétéré qui a résisté à tous les traitements internes ou externes. Ce malade était en outre atteint d'un emphysème pulmonaire avec accès d'asthme et présentait une dilatation assez marquée des veines des parois thoraciques, surtout à droite, sans qu'on pût en trouver la cause en examinant avec soin les organes de cette région.

Le 6 avril 1872, à six heures et demie du soir, on appliqua à l'avant-bras gauche une compresse imbibée d'environ 50 grammes d'une solution au dixième de chlorhydrate d'aniline. Dès huit heures du soir, une heure et demie après, vomissements, répétés de quinze à vingt fois dans le courant de la nuit. Pas de diarrhée. Incontinence d'urine; besoins très-pressants, avec légère cuisson.

(1) Note lue à la Société médicale des hôpitaux (séance du 9 mai).

Nuit agitée; état algide, cholériforme. Boissons chaudes, stimulantes, sinapismes, etc.

Le matin, 7 avril, coloration cyanosée, violette de la face, des mains, et de presque tout le corps; les parties où siége l'éruption semblent plus foncées. Pouls à 116, petit, mais régulier. Quelques râles dans la poitrine. Douleurs extrêmement vives dans les talons et les mollets. Pas de crampes appréciables. Intelligence parfaitement nette.

Le 8, coloration normale. Tout est rentré dans l'ordre, sauf quelques douleurs aux talons.

Croyant à une indigestion coïncidant avec l'application du chlorhydrate, nous tentons le 9 avril, à la demande même du malade, une nouvelle application d'une solution de chlorhydrate d'aniline au vingtième sur le devant de la cuisse gauche, afin d'éviter une absorption possible par les voies respiratoires.

Application de la solution à midi et demi. A deux heures, céphalalgie, sommeil invincible, puis refroidissement, gêne de la respiration. Pas de vomissements, ni de nausées, ni de trouble de la miction ; urines très-foncées, comme à la première application. Cyanose aussi prononcée ; voix éteinte.

Le lendemain matin 10, à la visite, tous les phénomènes morbides avaient disparu ; le malade avait son entrain habituel.

Ce fait m'avait assez ému ; il était si bizarre, que nous crûmes à la possibilité d'une susceptibilité toute personnelle du malade, tenant à quelque affection indéterminée du thorax, et comme ces accidents avaient été très-passagers et n'avaient pas laissé de traces, nous fîmes une nouvelle tentative sur un voisin du malade qui avait été témoin de tout ce qui s'était passé et se prêta volontiers à cette application.

C'était un vieillard de soixante-huit ans, vigoureux, bien conservé, intelligent, porteur d'un psoriasis invétéré depuis quarante-huit ans, successivement traité par M. Bretonneau, à Tours, Biett, Emery, Cazenave, Gibert et Bazin.

Le 6 juin 1872, une première application de chlorhydrate d'aniline au cinq-centième fut faite sur l'éruption de la jambe droite, sans résultat appréciable; nous avions été rendus prudents. Le lendemain, une nouvelle application d'environ 100 grammes d'une solution au cinquantième fut appliquée à la même place ; quatre heures après, il perdit tout à coup connaissance et devint violet, comme asphyxié, bien que les mouvements respiratoires fussent libres ; au bout d'un quart d'heure, il revint à lui, mais la cyanose dura encore quatre ou cinq heures, et a été remplacée par une grande pâleur et des sueurs froides abondantes. Insomnie pendant la nuit qui a suivi. Les urines étaient très-rouges ; elles n'ont pas

été analysées. Pas de fièvre. Pas de vomissements, contrairement à ce qui a eu lieu chez l'autre malade.

De l'analyse de ces deux observations, on peut tirer les conséquences suivantes :

1° Dans l'altération de la peau connue sous le nom de *psoriasis*, dans laquelle l'exagération de la couche épidermique semblerait augmenter les obstacles à l'absorption, celle-ci est non-seulement incontestable au moins pour certaines substances : pour le chlorhydrate d'aniline, en ce cas particulier ; mais encore elle se fait rapidement, puisque en moins de deux heures il s'est produit des signes d'un empoisonnement grave ;

2° Le chlorhydrate d'aniline, à dose peu élevée, doit être un poison dangereux, résultat qui concorde du reste avec les faits observés par différents auteurs, et rapportés par Beaugrand à l'article Aniline ;

3° D'après Starkow, de Saint-Pétersbourg (Hayem, *Revue des sciences médicales*, t. I, p. 832), l'aniline produit sur le sang des effets pareils à ceux de l'ammoniaque et de l'hydrogène phosphoré ; elle détruit l'hémoglobine sans rétablir ou provoquer la raie de l'hématine. D'après M. Lutz, elle agirait en s'emparant de l'oxygène du sang.

Il ne m'appartient pas de confirmer ni d'infirmer ces explications; mais ce que je puis dire, c'est que l'aniline produit une perturbation profonde de l'hématose, qui donne aux malades une apparence cholérique et pourrait faire croire à l'existence de cette maladie, surtout si, comme chez un de mes malades, il y avait des vomissements abondants ; cependant il y a moins de stupeur, et l'apparence cyanique rappelle assez celle des sujets soumis à l'action du protoxyde d'azote.

Une analogie de plus entre l'action de l'aniline et du protoxyde d'azote, c'est la fugacité des phénomènes toxiques.

Malgré les nombreux *desiderata* de ces deux observations, il m'a paru utile de les soumettre à la Société ; peut-être quelques-uns de nos collègues auront-ils des faits semblables à nous communiquer ; peut-être aussi une substance dont l'action est si rapide, si intense, et en même temps si passagère pourrait-elle trouver des applications thérapeutiques. Des essais ont été faits par Turnbull (1) avec le sulfate d'aniline dans la chorée et ont été suivis de succès ;

(1) V. *Bull. de thérap.*, t. LXII, p. 97.

mais les docteurs Fraser et Devies, de Londres, ont été moins heureux ; il en a été de même de notre collègue M. Bergeron.

En présence de ces contradictions, la question mériterait d'être remise à l'étude.

Accidents produits par l'usage des pastilles de kermès; par M. le docteur Blachez (1). — J'appelle l'attention de la Société, a dit M. Blachez, sur un fait rare dont je viens d'être témoin.

J'avais ordonné des pastilles de kermès à un malade atteint de bronchite. Un matin, celui-ci me montra sur la face dorsale de sa langue une ulcération assez large, ayant 1 ou 2 millimètres de profondeur et des bords taillés à pic. L'épithélium était enlevé, les papilles à nu, l'ulcération était le siége d'une vive cuisson.

Ce malade me dit que, la veille au soir, au moment de s'endormir, il avait mis dans sa bouche une pastille de kermès, et qu'il s'était réveillé avec cette pastille non fondue encore sur la langue. Je fis faire l'analyse de ces pastilles, prises d'ailleurs dans une bonne pharmacie, et on n'y trouva rien de particulier. Cependant, en appliquant un morceau de ces pastilles sur la peau d'une grenouille, je remarquai, après quelques minutes, un gonflement suivi d'oxsudation.

L'ulcération me paraît réellement due au séjour prolongé sur la langue de cette pastille de kermès. Comment ce fait singulier peut-il s'expliquer? L'action de la salive ne doit pas être invoquée, puisqu'elle est neutre. Le kermès est, comme on le sait, un oxysulfure d'antimoine hydraté, associé lorsqu'on le met en pastilles à diverses substances dont l'action ne saurait avoir aucune influence dans ce cas. Se serait-il formé du tartre stibié? M. Wurtz, à qui j'en parlais, ne voit pas les éléments de cette transformation dans la salive ni dans les sécrétions buccales.

Bien que l'explication théorique soit incertaine, en pratique il faut conclure de ce fait que le kermès ne doit pas être laissé trop longtemps au contact des muqueuses.

(Le kermès employé pour faire les pastilles contenait peut-être du tartre stibié, suivant la remarque de M. Bernutz. On sait, en effet, que le kermès est souvent impur.)

---

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux (même séance du 9 mai).

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Résection du coccyx pour faciliter la formation d'un anus périnéal dans les imperforations du rectum. C'est un procédé nouveau que propose M. le professeur Verneuil dans un important mémoire, qu'il vient de lire à la Société de chirurgie.

Répétant il y a une vingtaine d'années, sur des cadavres d'enfants nouveau-nés, les méthodes applicables à l'établissement d'un anus artificiel en cas de malformation de l'anus et du rectum, il remarqua, en pratiquant l'entérotomie périnéale par le procédé d'Amussat, que le champ opératoire était singulièrement agrandi et la recherche de l'intestin oblitéré considérablement facilitée par l'excision de la pointe du coccyx dans l'étendue de quelques millimètres ; on parvenait ainsi à une grande hauteur dans l'excavation pelvienne, tout en manœuvrant dans une région où l'on ne rencontrait aucun organe important.

Il ne publia point alors ses recherches, sachant avec quelle réserve légitime sont accueillis les procédés d'amphithéâtre ; cependant, dès 1852, il constatait déjà la valeur pratique de sa remarque, et en 1857, puis en 1862, il en fit l'objet de propositions à la Société de chirurgie, propositions d'ailleurs fort concises et sur lesquelles il ne crut pas devoir insister, n'ayant alors aucun fait concluant à invoquer.

Depuis M. Verneuil a pu recueillir, dans sa pratique, dans l'espace de dix ans, six cas d'imperforation anorectales, où il a fait l'application de son procédé. Les résultats définitifs obtenus dans ces six cas lui paraissent très-encourageants, quoique l'opération ait été pratiquée dans des conditions souvent bien défavorables. Il compte une guérison qui date de neuf ans bientôt ; une autre qui, remontant à quatre mois, peut être regardée comme assurée ; deux succès opératoires confirmés au bout d'un mois, puisque la plaie anale était fermée et l'orifice muco-cutané constitué, quand la mort est survenue vers le trente-cinquième jour. Le même résultat local était en train de se réaliser chez un cinquième enfant, qui succomba au neuvième jour ; et enfin le sujet de la sixième observation, opéré presque mourant, a survécu quarante-huit heures, grâce au rétablissement du cours des matières.

L'opération a toujours été bienfaisante, et ne peut être rendue responsable d'aucun des quatre revers éprouvés. Dans les six cas, l'anus artificiel a fonctionné d'une manière satisfaisante immédiatement et jusqu'au dernier moment. Une seule fois il y a eu un rétrécissement consécutif, dont le simple débridement a fait facilement justice ; il n'y a jamais eu à constater ni phlegmon stercoral, ni inflammation locale vive, ni pelvi-péritonite. Un seul enfant a présenté une série d'accidents locaux ou de voisinage : hémorrhagie secondaire, deux érysipèles successives, un érysipèle étendu, une diarrhée abondante avec prolapsus, et cependant il a lutté cinq semaines contre ces assauts.

Le mémoire de M. le professeur Verneuil, dont nous regrettons de ne pouvoir donner que cette courte analyse, se termine par les conclusions suivantes, qui en donnent la substance :

1° L'entérotomie périnéale est la méthode d'élection dans les cas d'imperforation ano-rectale ;

2° Elle doit être pratiquée autant que possible par le procédé d'Amussat, qui la rend à la fois moins grave dans le présent et plus efficace dans l'avenir ;

3° Elle présente des difficultés incontestables relatives à la découverte du bout fermé de l'intestin et à la fixation de ce bout ouvert aux bords de la plaie cutanée ;

4° La résection partielle du coccyx dans l'étendue de 1 centimètre en moyenne atténue considérablement ces difficultés ;

5° Elle permet, sans causer de dégâts notables, d'élargir beaucoup le champ opératoire, d'atteindre le rectum très-haut, de le fixer à la peau sans le tirailler, sans l'attirer en bas

de vive force, sans le mobiliser par la section périlleuse de ses adhérences antéro-supérieures;

6° Elle dispense des recherches faites à l'aveugle dans la profondeur du bassin et met à l'abri de la blessure involontaire du cul-de-sac péritonéal et des voies urinaires ;

7° Elle abrège notablement la durée totale de l'opération ;

8° D'une exécution très-facile, elle ne paraît avoir entraîné jusqu'ici aucun danger qui lui soit propre;

9° La résection du coccyx n'est pas toujours nécessaire. Si après quelques recherches infructueuses on ne trouve pas l'intestin dans l'incision cutanée, ou si cet intestin trouvé paraît ne pas pouvoir descendre facilement, il faut y recourir sans hésiter ;

10° Si après la résection susdite on ne trouve pas *bientôt* le rectum, il faut abandonner la voie périnéale et pratiquer l'entérotomie iliaque ou lombaire ;

11° L'entérotomie périnéale, bien que méthodiquement pratiquée et définitivement réussie, peut laisser à sa suite une variété particulière de fistule ano-uréthrale, due à la persistance d'une disposition embryonnaire. (Séance du 28 mai.)

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la gastralgie par la glace et les révulsifs externes. Ce traitement, préconisé par M. Joulin, consiste en : Cataplasme de glace pendant dix minutes, matin et soir, sur la région épigastrique ; — Sinapisme immédiatement après la glace, sur toute la place qu'elle vient d'occuper, à garder aussi longtemps que possible ; — Glace pilée en neige, à prendre à la dose d'une cuillerée à bouche, matin et soir, de cinq en cinq minutes, pendant une heure ; — Bain sinapisé (750 grammes ou 1 kilogramme de bonne farine de moutarde dans un bain ordinaire), trois fois par semaine.

On gradue l'énergie du traitement à l'intensité et à la persistance des cas, et si le cataplasme de glace et le sinapisme local appliqués une fois par jour peuvent suffire dans une simple dyspepsie, pour la névrose plus ou moins généralisée on aura progressivement recours au reste du traitement. Le mot *progressivement* ne veut point dire que peu à peu, en cas d'insuccès, on appliquera la série chez un même malade. Il faut employer tout d'un coup les moyens qu'on juge nécessaires à l'intensité de l'affection. Avec un peu d'habitude, on est bientôt fixé sur ce point.

Le traitement doit être continué quelques jours au delà de la maladie, en diminuant un peu son intensité à mesure que l'amélioration se manifeste. Appliqué dans toute sa rigueur, il semble au premier abord un peu rude, mais les malades qui souffrent beaucoup et depuis longtemps le supportent, sinon avec plaisir, au moins sans répugnance. Dans tous les cas, son innocuité est absolue, et jamais il n'a produit le moindre accident. S'il n'est point contre-indiqué lorsqu'il existe une toux purement nerveuse, il doit être formellement interdit quand la toux présente un autre caractère. (*Gaz. de Joulin.*)

Eau distillée de laurier-cerise comme véhicule des substances narcotiques pour les injections hypodermiques. Nous avons reproduit dans notre dernière livraison une courte note sur l'acide iodique en injections hypodermiques. A cette expression *injections hypodermiques*, ainsi employée, il y aurait peut-être quelque objection à faire si l'on voulait s'en tenir rigoureusement à l'acception, qui est en quelque sorte consacrée; l'auteur lui-même a pris soin, du reste, d'aller au-devant en remarquant que, dans cette part contributive apportée par lui à la méthode hypodermique, il y a lieu d'envisager « une branche distincte du tronc commun, une forme qu'il a fait connaître autrefois sous le nom de *substitution parenchymateuse.* » (Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXV et t. LXXIII.) Nous faisons aujourd'hui au très-distingué professeur de Reims, un nouvel emprunt où il s'agit bien des injections sous-cutanées telles qu'on les entend généralement.

Parmi les véhicules qui conviennent le mieux, dit M. Luton, pour les substances narcotiques telles que la morphine et l'atropine, il n'en est pas de meilleur que l'*eau distillée de laurier-cerise*. Outre que ce produit ajoute son action faiblement hypnotique à celle du médicament principal, il s'oppose mieux que toute autre eau distillée aromatique à la formation des moisissures qui envahissent si facilement les solutions de ces substances. Son efficacité dans ce sens égale au moins, si elle ne la surpasse, celle de l'eau distillée d'eucalyptus, que le professeur Gubler a recommandée à ce point de vue. Le contact de l'eau distillée de laurier-cerise sur les tissus n'est pas plus pénible que celui de l'eau distillée ordinaire, et je n'ai jamais vu son emploi être suivi d'aucun inconvénient. Quant à ses effets physiologiques, lorsqu'on l'emploie pure, ils sont ceux de la même eau ingérée dans l'estomac, mais augmentés, comme toutes les fois qu'on prend la voie sous-cutanée pour faire absorber les médicaments. (*Répertoire de pharmacie*, 1873, nº 11.)

Traitement du lumbago et du rhumatisme chronique par l'actæa. Enregistrons, à titre de renseignement, ce nouvel agent employé par le docteur Bartlett dans le rhumatisme. Des guérisons ont été obtenues sans doute, et dans une proportion notable, il est vrai; mais quel est le mode de traitement qui n'a pas donné des succès chez les rhumatisants ? C'est toujours le *post hoc, ergo propter hoc* qui est invoqué, comme s'il en résultait une démonstration. Nous craignons bien que l'actæa ne soit destinée à aller rejoindre tant d'autres agents qu'on a préconisés dans le traitement du rhumatisme et qui sont tombés rapidement dans l'oubli.

L'auteur administre l'actæa sous forme de teinture à la dose de 2 grammes, trois fois par jour, dans 30 grammes d'eau.

29 malades atteints de rhumatisme chronique et de lumbago ont été soumis à ce mode de traitement ; en moyenne leur âge était de 39 ans et 5 mois. De ces 29 malades, 14 souffraient de lumbago, 11 furent guéris ; 15 souffraient de rhumatisme chronique et subaigu, 11 furent aussi guéris ; en tout 27 succès et 7 insuccès.

Chez 6 malades le médicament provoqua quelques accidents, tels que vertiges, mal de tête, nausées, vomissements, irrégularité du pouls. La cessation du remède suffit pour les faire disparaître.

On a indiqué la diminution du pouls comme un des effets produits par l'actæa : M. Bartlett n'a pas constaté ce phénomène.

Il insiste sur la nécessité d'employer de la teinture fraîchement préparée, car les vieilles préparations ont bien moins d'efficacité.

L'actæa s'est montrée tout à fait inefficace contre la goutte. (*The Practitioner*, mars 1873.)

Empoisonnement par l'alun. Telle est la rareté des faits de ce genre que des auteurs français, MM. Desnos et Reveil, ont nié que l'alun eût des propriétés toxiques. M. Tardieu n'en parle pas, malgré les expériences d'Orfila sur ce sujet et les graves accidents observés par lui sur une femme ayant ingéré par erreur une petite dose d'alun calciné. Taylor seul en rapporte un cas mortel. Le suivant, que relate le docteur Higguet, est donc d'un véritable intérêt.

Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, ayant des troubles gastriques, qui ingéra, le 15 mai 1872, 50 grammes d'une poudre qu'on lui avait délivrée comme du sel d'Angleterre pour se purger. Aussitôt après l'ingestion dans un verre d'eau froide, une sensation de constriction brûlante se fit sentir dans la bouche, la gorge et l'estomac ; nausées suivies d'un seul vomissement sanguinolent, sans selles ; malaise extrême, angoisses insupportables, respiration fréquente, lipothymie, intelligence et sens intacts. Le médecin, appelé au bout de sept heures, reconnut un empoisonnement et le traita en conséquence ; mais la mort survint une heure après.

Une autopsie juridique décela l'action d'une substance vénéneuse acide sur toute la longueur du tube digestif. L'analyse chimique ayant été ordonnée démontra la présence, non du sel d'oseille comme on supposait, mais de l'alun calciné, ainsi qu'il résulte de la relation détaillée de ces longues et minutieuses opérations. (*Ann. de la Soc. méd. et chir. de Liége* et *Union médicale*, 1873, nº 64.)

VARIÉTÉS

De la variole au point de vue épidémiologique et prophylactique;

Par M. le docteur Léon Colin, Médecin principal de l'armée, Professeur à l'École d'application de médecine militaire (1).

CONCLUSIONS PROPHYLACTIQUES.

Les conclusions prophylactiques développées par l'auteur forment le sujet de trois articles spéciaux.

Dans le premier de ces articles (prophylaxie vaccinale), l'auteur démontre par de nouveaux faits que la terrible épidémie que le monde entier vient de subir a établi une fois de plus la puissance de la prophylaxie vaccinale, et la nécessité d'adopter, à l'égard des diverses classes de la population, un système officiel, obligatoire, de vaccinations et de revaccinations.

A l'appui de cette thèse, l'auteur cite deux faits empruntés tous deux au même pays et dont la comparaison est bien faite pour démontrer les redoutables dangers enfantés par les dépréciateurs de la vaccine. Le premier de ces faits est la presque immunité de l'armée allemande qui, pendant la guerre de 1870-1871, n'a perdu, sur un chiffre total de 40881 décès, que 261 varioleux, immunité qui s'explique par la régularité des revaccinations dans cette armée. Le second est l'excessive mortalité causée par cette même épidémie dans la population civile de Leipzig, où quelques faux savants avaient formé, dans le public, une véritable ligue contre la vaccination; aussi, les ravages du mal, surtout parmi les enfants, furent-ils, en cette ville, et grâce à ces funestes doctrines, plus considérables qu'en aucune ville de France.

Nous reproduisons intégralement les articles II et III de ce même chapitre.

II. Degré de prédisposition morbide a la variole et d'immunité vaccinale des divers départements. — Nous avons indiqué la proportion exacte suivant laquelle ont été frappés les divers corps appartenant à la garde mobile; les chiffres que nous avons donnés, basés, d'une part, sur les documents officiels qui nous ont fait connaître l'effectif de chacun de ces bataillons, d'autre part, sur les entrées pour variole et les décès de l'hôpital de Bicêtre, nous permettent d'aborder une question du plus haut intérêt. Ne pouvons-nous, d'après la manière plus ou

(1) Extrait de la brochure portant ce titre récemment publiée chez M. J.-B. Baillière.

moins grave dont ils ont été atteints, juger de la prédisposition morbide de chacun de ces groupes, par conséquent de l'insuffisance plus ou moins considérable des vaccinations et des revaccinations suivant leur provenance des divers points de notre territoire ?

Le nombre considérable des entrants nous a rendu impossible la constatation régulière, chez chacun d'eux, de l'absence ou de l'existence de cicatrices vaccinales ; cette constatation, du reste, est loin d'être facile dans les cas où le malade est en pleine éruption. Tel est le principal motif pour lequel nous avons cherché à baser, sur d'autres considérations, la détermination du degré de protection avec lequel la vaccine exerçait son influence préservatrice sur les divers bataillons de gardes mobiles.

Nous avons pu, pour chacun de ces bataillons, déterminer la proportion mathématique entre les nombres des malades et des morts et celui des présents, et dès lors établir les bases d'un véritable classement des départements de la France qui avaient fourni des gardes mobiles à la défense de Paris ; tous ces hommes étant du même âge, et se trouvant placés dans les mêmes conditions d'influence épidémique, la manière plus ou moins grave dont ils ont été frappés, indique peut-être quelles sont les chances d'imminence morbide ou de préservation vaccinale des populations dont ils provenaient ; nous disons : *peut-être*, car : 1° un certain nombre de mobiles ont été vaccinés à leur incorporation ou à leur arrivée à Paris, ce qui ne permet pas d'appliquer d'une manière absolue à ces populations les conclusions de notre travail ; et 2° certains mobiles provenaient de départements où régnait alors la variole, et peut-être venaient-ils d'en subir une atteinte qui leur conférait une immunité d'un autre genre ; tels étaient plus particulièrement les mobiles bretons, qui pourtant nous fournirent tant de malades ; tels étaient les mobiles de la Seine qui, avant leur incorporation, avaient pour la plupart subi les chances de contracter la variole dont était frappée la population parisienne ; d'autres départements, au contraire, avaient envoyé à Paris des jeunes gens que ne préservait point cette influence antérieure d'une épidémie locale ; c'est sans doute pour ce motif que, parmi les vingt-quatre départements qui ont fourni à la capitale des bataillons de mobiles, celui de Saône-et-Loire a subi la plus forte mortalité. Ces réserves étant établies, voici le tableau de ces départements, en commençant par ceux où la mortalité par variole sur 100 malades a été le moins considérable :

Départements.	Morts p. 100.	Départements.	Morts p. 100.
1 Drôme	6,32	6 Loiret	10,00
2 Seine-Inférieure	7,82	7 Aube	10,65
3 Seine-et-Oise	8,67	8 Somme	11,47
4 Seine-et-Marne	9,48	9 Marne	11,76
5 Hérault	9,52	10 Finistère	12,25

Départements.	Morts p. 100.	Départements.	Morts p. 100.
11 Côte-d'Or	12,50	18 Vendée	16,22
12 Ain	13,09	19 Tarn	16,90
13 Aisne	13,15	20 Puy-de-Dôme	17,85
14 Indre	13,33	21 Côtes-du-Nord	18,23
15 Seine	13,85	22 Ille-et-Vilaine	18,46
16 Loire-Inférieure	13,95	23 Vienne	18,88
17 Morbihan	15,90	24 Saône-et-Loire	19,87

Nous ne prétendons pas, encore une fois, que la méthode que nous avons suivie pour déterminer les chances de danger ou d'immunité de nos divers départements devant une épidémie de variole, soit mathématiquement exacte ; Bicêtre n'a reçu que les deux tiers des varioleux de l'armée ; mais nous pensons cependant que ces résultats généraux offrent de sérieuses garanties en raison de la similitude des conditions imposées à ces groupes en somme si considérables d'hommes jeunes, parfaitement comparables, fournis par les diverses régions de la France, et que l'on peut en tirer d'importantes conclusions au point de vue de l'impulsion à donner à la pratique des vaccinations dans plusieurs de ces régions.

III. Isolement et baraquement des varioleux. — Nous croyons également ici pouvoir arriver à des conclusions de la plus haute importance, au point de vue prophylactique, en nous basant sur les faits observés pendant cette dernière épidémie, et spécialement sur ceux dont nous avons été témoin à Bicêtre.

On a redouté, en temps d'épidémie, la réunion de ces malades en agglomération plus ou moins considérable dans un même établissement ; on a craint de constituer ainsi des foyers aussi dangereux pour les varioleux eux-mêmes dont ils aggraveront l'affection, que pour le personnel hospitalier, et pour la population avoisinante, exposée aux influences d'une atmosphère surchargée de principes virulents.

Or, nous avons établi *en premier lieu* que, malgré la quantité énorme de matière virulente qui s'était accumulée dans les soixante salles de Bicêtre, remplies de varioleux durant plusieurs mois, l'affection de ces malades ne semble point s'en être aggravée ; nous l'avons dit plus haut : les accidents d'infection purulente, les complications adynamiques subies par nos malades, se produisaient à la même époque dans d'autres établissements où les varioleux étaient relativement peu nombreux ; et ce qui acheva de démontrer qu'ils n'étaient ni spéciaux ni plus communs à Bicêtre, c'est qu'ici la mortalité fut identique à celle dont furent frappés les mêmes malades soit au Val-de-Grâce, soit dans d'autres ambulances. La seule complication qui nous ait semblé relativement plus fréquente et plus grave dans ce grand hôpital, c'est l'ophthalmie. Si, durant une certaine période, les varioles noires ont été communes parmi nos malades, nous n'en attribuons nullement le développement

à l'intensité exceptionnelle des miasmes contagieux produits autour d'eux, et à la *survariolisation* des individus placés dans ce foyer. Il suffit de remarquer que les malades atteints de ces formes rapidement mortelles séjournaient très-peu à l'hôpital, que souvent ils y arrivaient mourants, et toujours atteints des signes irrécusables d'un pronostic fatal pour prouver que le mal était fait avant leur entrée. En exposant, dans le chapitre suivant, la phase hémorrhagique de l'épidémie, nous démontrerons plus complétement encore cette indépendance de la forme de la maladie et du milieu où elle s'est développée.

Nous avons démontré, *en deuxième lieu*, que le personnel hospitalier de Bicêtre a été peu éprouvé par la variole, dont il ne se manifesta aucune atteinte parmi les quarante médecins et pharmaciens attachés à l'établissement, ni parmi les quarante religieuses qui soignaient nos malades nuit et jour, et qui habitaient le centre de l'hôpital ; grand nombre de ces personnes cependant n'avaient point voulu céder aux conseils que je leur donnais de se faire revacciner.

En *troisième lieu* enfin, nous avons eu la preuve que notre hôpital n'avait créé aucun danger spécial pour les habitants du voisinage qui n'y pénétraient pas. Quelle que soit donc l'abondance des produits virulents fournis à l'air ambiant par les varioleux, il existe des limites assez restreintes à la diffusion atmosphérique de ces produits.

Loin de nous la pensée de considérer un hôpital de varioleux comme le type d'une résidence salubre ; notre but est de prouver simplement que l'agglomération de ces malades dans des établissements spéciaux n'offre point les inconvénients qu'on lui a reprochés ; nous pensons qu'on ne doit pas laisser tomber dans l'oubli le grand enseignement que nous donne à cet égard l'épidémie de Bicêtre, qui est la réponse la plus importante aux dangers reprochés *à priori* à l'isolement des varioleux dans des hôpitaux qui leur seraient exclusivement réservés.

Aujourd'hui que nous sommes revenus aux conditions habituelles de paix et de santé publique, et que nous pouvons, sans subir la pression des événements, prévoir et édifier pour l'avenir, n'y a-t-il pas intérêt et sagesse à soulever encore une fois la question de l'installation nosocomiale des varioleux ?

Cette question ne demeure-t-elle pas, du reste, toujours opportune à Paris où l'on n'a donné encore aucune suite ni au rapport de M. Vidal demandant la construction de pavillons isolés pour les varioleux dans les principaux hôpitaux de la ville, ni au rapport du conseil d'hygiène qui, devant les progrès de la dernière épidémie, faisait entrevoir la nécessité d'un établissement spécial analogue à celui de Londres, mais situé en dehors de la ville, pour le traitement de ces malades.

Si la variole doit réapparaître parmi nous avec un semblable degré

de fréquence et de gravité, nous regardons comme indispensable l'installation dans nos grandes villes, et spécialement à Paris, d'un certain nombre d'asiles exclusivement destinés à cette affection. D'après les faits qui se sont produits à Bicêtre, il ne nous semble pas indispensable que ces asiles soient placés hors de l'enceinte de la ville ; il existe à l'intérieur des remparts assez d'emplacements suffisamment isolés pour créer, en des points opposés de cette grande circonférence, deux ou trois hôpitaux qui seraient en somme à portée de toute la population.

Devra-t-on redouter la présence de ces établissements pour l'avenir et la prospérité des quartiers où on les aura élevés? Non, si en les construisant on abandonne les exigences d'une tradition ruineuse, pour remplir les conditions imposées par l'état actuel de la science et de l'hygiène.

S'il est une affection qui réclame l'application du baraquement à la construction des hôpitaux temporaires ou permanents, c'est, suivant nous, la variole ; si, pendant le siége de Paris, le nombre des baraques élevées à l'avance eût été suffisant, et si la rareté du bois eût permis d'en construire de nouvelles, j'aurais, pour mon compte, insisté plus que je ne l'ai fait sur les bénéfices de cette installation pour les varioleux. En admettant que les baraques protégent moins que les constructions habituelles contre les influences atmosphériques, les varioleux sont, peut-être, de tous les malades graves, fiévreux ou blessés, ceux pour lesquels l'imperfection des abris a le moins d'inconvénient, les seuls qui puissent, dans certaines limites, supporter sans grand dommage le froid et les intempéries. Malgré les progrès aujourd'hui réalisés dans la construction des grandes baraques d'ambulances, on n'arrive pas toujours, durant l'hiver, au moins dans nos climats, à en élever la température intérieure aussi facilement que dans les autres hôpitaux, et l'on hésite pour cette raison à y placer alors les blessés ; cette considération serait presque nulle pour les varioleux auxquels convient une température médiocrement élevée.

Mais voici l'avantage du baraquement de ces malades à l'égard de la population environnante et de la société en général. Jusqu'ici chaque nouveau varioleux, par le seul fait de son atteinte, augmente fatalement la quantité des germes susceptibles de reproduire son affection ; la destruction d'une masse considérable de ces germes deviendrait désormais possible en appliquant aux asiles spéciaux, après un temps d'exercice plus ou moins long, la méthode radicale adoptée par les Américains pour leurs plus beaux hôpitaux en bois ; ces hôpitaux disparaissent tous les cinq ans, ils sont brûlés, et peut-être ceux qui les détruisent ont-ils raison de dire : *Nous brûlons la contagion* (1).

(1) Maxime du Camp, *les Hôpitaux de Paris* (*Revue des deux mondes*, t. LXXXVIII, 1870).

Il suffit de rappeler qu'en Amérique le prix total de revient de chaque lit ne dépasse pas 520 francs, la centième partie du prix d'un lit du nouvel Hôtel-Dieu de Paris, pour démontrer qu'un pareil système, malgré les dépenses de renouvellement des locaux, serait, à tout point de vue, plus économique que la construction d'hôpitaux permanents; ces dépenses seraient loin de représenter l'intérêt des sommes énormes absorbées par l'érection des monuments en pierres de taille; la suppression des baraques de varioleux pourrait du reste ne pas se faire régulièrement, comme par une coupe réglée, tous les quatre ou cinq ans; elle pourrait n'être décidée qu'en raison de l'admission antérieure d'un certain nombre de malades, ou après une épidémie exceptionnellement grave.

Un autre avantage de ce renouvellement successif des asiles de varioleux, c'est la faculté d'en changer la situation au gré des mouvements d'extension de la population environnante; c'est la possibilité de n'y consacrer que provisoirement les terrains si coûteux dans les grandes villes et dont l'aliénation ne serait dès lors que temporaire; pourquoi même, dans le cas où cette question du prix d'achat des terrains ferait reculer devant les dépenses d'une construction nouvelle, n'y consacrerait-on pas, soit à Paris, soit dans les autres villes fortes, la zone dite *de servitude* des fortifications, ces bâtiments étant de ceux qui sont destinés à disparaître au premier signal, et leur mode de construction, toute en bois, satisfaisant du reste aux exigences du génie militaire? Là au moins on trouverait économie et isolement.

Si l'on admet le principe de cette installation pour les varioleux, elle offrira, en dernier lieu, l'avantage d'être toujours facilement applicable en quelques jours dès l'apparition d'une épidémie nouvelle; les baraques pourront s'élever rapidement en proportion de l'expansion du fléau, dont les germes ne s'accumuleront plus dans nos hôpitaux permanents.

C'est ainsi qu'à Leipzig, en construisant successivement les baraques nécessitées par les progrès quotidiens de l'épidémie, on put, malgré la rapidité d'accroissement du nombre des malades, satisfaire toujours à temps aux exigences de leur installation.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le deuxième congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu cette année à Lyon, du 21 au 28 août.

Cette session a été préparée avec le plus grand soin par les actions combinées du bureau de l'Association et du Comité local de Lyon. Le bureau de l'Association se compose de :

MM. de Quatrefages, de l'Institut, président; — Wurtz, de l'Institut, vice-président; — Levasseur, de l'Institut, secrétaire général; — Laus-

sedat, lieutenant-colonel du génie, vice-secrétaire général; — Friedel, conservateur des collections à l'Ecole des mines, archiviste; — G. Masson, libraire-éditeur, trésorier; — C.-M. Gariel, ingénieur des ponts et chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine, secrétaire du conseil.

Le comité local renferme dans son sein la plupart des notabilités de la ville de Lyon.

Le congrès s'occupera de toutes les questions qui lui seront soumises, et qui sont relatives aux sciences : sciences mathématiques; — sciences physiques et chimiques; — sciences naturelles; — sciences économiques.

L'Association poursuit un but élevé et patriotique, la régénération intellectuelle de la France; sa devise est: « Par la science, pour la Patrie. » Elle compte sur l'appui de tous ceux qui voient dans les progrès des sciences une nécessité pour l'époque actuelle, et qui s'intéressent directement ou indirectement à ces progrès.

Le secrétariat est chargé de fournir tous les renseignements relatifs aux conditions nécessaires pour faire partie de l'Association, assister au congrès de Lyon et jouir des avantages qui sont accordés aux membres de l'Association. Les demandes doivent être adressées à M. C.-M. Gariel, secrétaire du Conseil, 76, rue de Rennes, Paris.

Académie de médecine.— M. le professeur Hirtz vient d'être élu membre de l'Académie de médecine (séance du 12 août).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Lannegrace est nommé aide d'anatomie, pour entrer en fonctions à partir du 1er novembre, en remplacement de M. Marioge, dont la délégation expire à la fin de l'année scolaire.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Bisch, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, est attaché, en la même qualité, aux chaires de médecine proprement dites.

Inspection des eaux minérales. — Par arrêté ministériel, M. le docteur Zeller est nommé médecin-inspecteur des eaux de Bussang, en remplacement de M. Masson, décédé.

Nécrologie.— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Mériadec-Laennec, docteur en médecine, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, décédé dans sa soixante-seizième année.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur une manière simple et commode de faire rendre le tænia ;

Par M. le docteur A. Laboulbène, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker, etc.

Mon cher Rédacteur,

Depuis longtemps déjà j'avais promis à Félix Bricheteau de lui donner pour son cher *Bulletin* une note sur la manière physiologique de faire rendre le tænia. A cette époque, j'étais loin de penser que notre ami pût nous être ravi si tristement. La perte de Bricheteau m'a causé, comme à vous, une véritable peine ; je tenais beaucoup à lui, il avait été mon premier interne, et le souvenir que vous lui avez consacré à cette place même, m'a vivement touché.

Je viens tenir ma promesse, que je vous ai renouvelée. Mais ne vous attendez point à une médication nouvelle ou extraordinaire. Les moyens que j'emploie sont connus; la manière de remplir les indications, la question d'opportunité, le *modus faciendi* basé sur la physiologie, m'occuperont spécialement.

Vous connaissez une observation curieuse dont le hasard m'a rendu témoin et que j'ai publiée dans la *Gazette médicale* il y a bientôt deux ans (1). Cette observation d'un tænia humain, spontanément expulsé et bien vivant, m'a confirmé dans mes appréciations antérieures sur la manière de vivre du tænia ; elle m'a prouvé que la méthode que j'avais employée plusieurs fois était la plus efficace et qu'elle donnait les plus grandes chances de réussite pour l'expulsion du ver.

Je place sous vos yeux le résumé de cette observation :

Un homme de trente-cinq ans, ouvrier dans une usine, vint à la consultation du Bureau central, demandant avec animation à parler de suite au médecin parce qu'il venait de rendre quelque chose d'extraordinaire.

Il était facile de s'apercevoir que cet homme était déjà ivre ; il tenait à la main un de ces verres épais avec lesquels les marchands

(1) *Gazette médicale de Paris*, n° 34, p. 406 et suiv., 1872, et *Mémoires de la Société de biologie*, 5e série, t. II, p. 110 et suiv.

de vin servent leurs habitués et dans le verre se trouvait un corps blanchâtre et rubané qui remuait lentement. Il me fut facile de reconnaître un tænia exécutant des mouvements très-nets ; je n'en avais encore point vu d'aussi prononcés.

L'état d'ébriété de cet ouvrier nuisait beaucoup à la compréhension de mes demandes ; j'appris cependant qu'il n'avait jamais eu de maladies graves, ni d'accidents épileptiformes, mais il ne put me renseigner sur le fait d'avoir rendu déjà des fragments de tænia.

Tout en interrogeant cet homme et en lui faisant répéter comment il avait rendu ce ver, j'observai le tænia avec une loupe. Je pus très-bien voir la partie amincie du col et la tête qui le terminait. J'essayai de soulever avec le manche arrondi d'un porte-plume la tête du ver et je vis qu'elle adhérait fortement à un gros anneau du corps sur lequel elle était posée. Après avoir plusieurs fois cherché à la détacher, mes tentatives réussirent et la tête fut enlevée et portée sur un autre anneau. Peu de temps après l'adhérence de la tête était devenue si grande, que j'aurais certainement rompu le cou du tænia plutôt que de la détacher.

Le malade me répétait qu'il ne s'était point purgé, qu'il avait pris « seulement, le matin, plusieurs gouttes (ou petits verres) d'eau-de-vie » et qu'il venait de déjeuner avec des camarades, chez un marchand de vin, dans une des ruelles voisines du parvis. Vers la fin du repas, il avait eu des coliques auxquelles il avait d'abord résisté, puis, pressé par le besoin d'aller à la garde-robe et pour ne pas monter aux lieux d'aisances situés à un étage supérieur, il avait pris un vase de nuit sous un lit de la chambre voisine et il avait rendu, avec des matières diarrhéiques jaunâtres, « un paquet blanc ». Le paquet était formé par le ver qu'il avait ramassé avec un morceau de bois et placé dans un verre du comptoir.

J'allai de suite montrer à M. Davaine, dont vous connaissez la grande autorité helminthologique, l'adhérence de la tête du tænia vivant sur un anneau de son propre corps. Mon savant ami, en voulant savoir jusqu'à quel degré s'exerçait cette adhérence, tira lentement sur le cou du ver et la tête résistant toujours, accrochée par ses ventouses, le cou se rompit. Le ver était un *tænia solium*, armé de crochets et nettement caractérisé.

Vous voyez ce qu'était le ver, voici ce qui advint du malade. En rentrant au Bureau central, je le trouvai endormi, se souciant peu du tænia, qui l'intéressait médiocrement depuis qu'il savait à quoi s'en tenir à ce sujet ; mais il réclama énergiquement le verre qui était resté chez M. Davaine. Je donnai à cet homme une pièce d'argent et probablement il retourna chez le marchand de vin.

Il résulte de ce fait si concluant que le tænia vivant est doué, dans l'intestin, d'une puissance de fixation extrême au moyen de ses ventouses, et que le cou du ver se rompt avant que la tête lâche prise.

Le ver étant ordinairement fixé sur la muqueuse intestinale, la tête reste dans l'intestin quand les anneaux, séparés ou, plus rarement, réunis en grand nombre, sont expulsés. Ce n'est que très-exceptionnellement que le tænia, ayant fixé sa tête sur un anneau de son propre corps, a pu sortir parfaitement vivant et tout entier.

La physiologie, vous le pressentez, m'a fourni les indications précises pour l'expulsion des tænias humains.

Qu'arrive-t-il, en effet, lorsque le tænia est sous l'influence d'un anthelminthique qui agit sur lui puissamment ? Il s'agite et cherche à s'accrocher fortement au moyen de ses ventouses. Il ne peut y parvenir tout d'abord. Mais si la dose du médicament est trop faible ou s'il s'écoule trop de temps avant l'expulsion, le ver retrouve ses forces, il se fixe, et la tête ne sort pas avec les anneaux rubanés de l'extrémité du corps.

De cette donnée capitale, on peut tirer le précepte : qu'il faut hardiment faire prendre un anthelminthique, ou une substance engourdissant le tænia, et puis, peu de temps après, l'expulser au moyen d'un purgatif. Le ver n'a pas la force ou la possibilité de se fixer et il sort complétement avec la tête.

Des exemples vont vous prouver, mon cher Rédacteur, la vérité de ce que j'avance et je vous demande la permission de les disposer dans l'ordre suivant :

1° Le tænia est facile à expulser ;

2° Il y a des difficultés à vaincre pour arriver à faire rendre le ver solitaire.

§ I. LE TÆNIA EST FACILE A EXPULSER.

Quand le malade s'est plaint de phénomènes généraux, tels que troubles du système nerveux, accidents épileptiformes ou hystériques chez l'homme, mais auxquels il manque le cachet irrévocable du *morbus herculeus ;* quand en un mot l'ensemble symptomatologique fait venir à la pensée le vieux précepte : *Tæniam cogita* ; il ne reste plus qu'à savoir si véritablement des cucurbitins ou des anneaux rubanés, caractéristiques du ver solitaire, ont été rendus. Ceux-ci établissent à eux seuls le diagnostic, même sans phénomènes du côté du système nerveux, souvent plus rares qu'on ne l'a dit, et de plus, le moment où le malade rend des

fragments est de tous le plus favorable pour tenter l'expulsion du ver cestoïde.

Il est habituel que dans ces conditions le tænia soit expulsé facilement. Les observations qui suivent, prises par mes élèves de l'hôpital Saint-Antoine et de l'hôpital Necker, vont vous le démontrer.

OBS. I. *Tænia solium ; fragments de tænia rendus sans phénomènes prémonitoires ; démangeaisons autour du nez et à l'anus ; gastralgie ; céphalalgie ; expulsion facile du ver au moyen de l'écorce de racine de grenadier et d'une dose d'huile de ricin.* — Emilia B***, âgée de vingt-trois ans et demi, entrée à l'hôpital Necker au commencement du mois d'août 1872.

Née à Gênes, elle habitait Turin avant de venir en France. Cette femme est d'une bonne santé et dit n'avoir jamais été malade.

Elle a été réglée à vingt ans. Menstrues peu régulières, non douloureuses, durant cinq jours, le sang bien rouge. Elle n'a jamais eu d'enfants. Jamais de pertes leucorrhéiques.

Elle est venue une première fois en France, il y a un an ; retournée au bout de quelques mois à Turin, d'où elle est revenue il y a cinq ou six mois. Elle y a mangé de la charcuterie de Milan, de la mortadelle surtout, sans cependant en faire sa nourriture habituelle ; elle n'a jamais entendu parler que cette charcuterie fût ladre, ni que les habitants de son pays fussent atteints de tænia.

Revenue en France, à Paris, il y a cinq mois, Emilia s'aperçut il y a deux mois, en allant à la selle, qu'elle rendait un ruban blanc, long de 50 à 60 centimètres ; depuis ces deux mois, elle en rendit encore deux fois dans les garde-robes et fut obligée, les deux dernières fois, de tirer avec la main pour faire sortir le morceau de ver.

Elle n'a jamais eu aucun trouble du système nerveux, si ce n'est quelques étourdissements, le matin principalement et quelquefois dans la journée. Jamais de pertes de connaissance, pas de boulimie. Pas de convulsions ni de troubles de la vue.

Depuis cinq ou six mois elle se plaint d'avoir mal au cœur le matin. Depuis la même époque, les règles sont devenues un peu plus pâles et durent moins longtemps (quatre jours) ; elle éprouve aussi de fortes démangeaisons à l'anus et autour des narines ; elle en a même contracté l'habitude de se frotter souvent le nez avec la main.

Enfin, depuis un mois environ, elle éprouve des maux de tête continuels.

Elle n'a jamais ressenti de mouvements et de grouillements dans le ventre ; les selles sont du reste régulières et quotidiennes ; l'appétit ordinaire. Pas de pertes blanches.

Après avoir rendu, le 19 août, le dernier morceau de ver rubané long de 80 centimètres, elle demanda à en être débarrassée.

Voici le traitement qui fut employé :

On fit macérer pendant vingt-quatre heures, dans deux verrées d'eau froide, 60 grammes d'écorce sèche de racine de grenadier de Portugal. Au bout de vingt-quatre heures on réduisit à petit feu la macération jusqu'à moitié.

Le 24 août, la malade prit le tiers de cette macération à onze heures et quart, le deuxième tiers à onze heures et demie et le troisième tiers à midi moins le quart. Au bout d'un quart d'heure à vingt minutes, la malade ressentit un malaise spécial caractérisé par une grande céphalalgie, des nausées et de légères coliques ; elle vomit à ce moment un mélange de bile et de macération.

Craignant que ce vomissement ne privât l'intestin du médicament dont on attendait l'action, on lui fit prendre de suite, malgré ses protestations, deux cuillerées à bouche d'huile de ricin dans une tasse de café noir.

Dix minutes après, la malade ressentit un violent besoin d'aller à la selle et rendit au milieu d'une garde-robe séreuse et bilieuse un peloton de ver rubanné, enroulé sur lui-même, dans lequel on eut le bonheur de reconnaître l'extrémité effilée et la tête elle-même du tænia. La longueur du ver rendu est de $4^{m},50$.

La malade sort le 29 août, bien débarrassée.

Obs. II. *Tænia solium ; fragments de tænia rendus dans les garde-robes ; pas de démangeaisons nasales ni anales ; gastralgie ; expulsion facile du ver avec l'écorce de racine de grenadier et une dose d'huile de ricin.* — Le nommé B***, menuisier, âgé de vingt-six ans, est entré, le 6 octobre 1868, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 1, service de M. le docteur Laboulbène.

Cet homme est né à Metz, puis il est venu à Paris à l'âge de dix-huit ans ; dans son enfance il a mangé de la viande de porc. Il a ensuite habité Lyon, puis Strasbourg, où il ne se rappelle pas avoir mangé de charcuterie, ni de poissons. Il est revenu ensuite à Paris où il mange des biftecks saignants, des légumes, etc., pas de charcuterie comme nourriture habituelle ; cependant il y a plus d'un mois qu'il a reçu de la charcuterie provenant de chez ses parents, il a mangé de cette viande de porc non cuite.

B*** n'a jamais eu de pertes de connaissance, jamais de mouvements convulsifs ; il éprouve seulement de vives douleurs à l'épigastre. Pas d'alcoolisme avoué. Appétit conservé. Pas de démangeaisons nasales ni rectales. Pas de diarrhée.

Il y a dix jours qu'il s'est aperçu pour la première fois qu'il rendait des fragments de tænia dans ses matières fécales. Depuis cette époque il en a rendu plusieurs autres.

M. Laboulbène lui ordonne la préparation d'écorce de racine de grenadier et 30 grammes d'huile de ricin. Deux heures et demie après, le malade rendait un long fragment de tænia solium vivant, mais sans la tête.

Ce ne fut que trois heures et demie après que B*** rendit un dernier fragment avec la tête.

Le malade reste encore jusqu'au 12 octobre et on examine avec soin les matières rendues tous les jours, mais il ne s'y trouve plus de tænia.

OBS. III. *Tænia solium; démangeaisons nasales; sensations de reptation dans l'abdomen; digestions faciles; peu de phénomènes nerveux; trois tænias facilement expulsés en une fois par l'écorce de racine de grenadier et deux doses d'huile de ricin.* — M*** (Agathe), âgée de dix-neuf ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Necker, le 20 mai 1869, salle Sainte-Eugénie, n° 10.

Pendant son enfance, cette malade a eu la varicelle, la rougeole et le croup, dont elle a guéri sans opération. Elle est la troisième fille de parents d'une bonne santé et qui ont eu onze enfants. Ses parents habitent Vanves, près Paris, depuis vingt ans. Ses frères et sœurs n'ont jamais eu le ver solitaire.

Agathe M*** est de taille moyenne, avec les cheveux bruns, la peau pigmentée, l'iris bleu verdâtre; règles venues à quatorze ans et toujours très-régulièrement; elle a eu une petite fille à quinze ans. Pas de palpitations, un peu de flueurs blanches.

Etat actuel, le 23 mai. Il y a une semaine, elle s'est aperçue qu'elle rendait des fragments de tænia. La malade affirme qu'auparavant elle n'éprouvait absolument rien. Depuis une semaine, elle dit qu'elle ressent des pelotonnements et une sensation de reptation, tantôt ascendante, tantôt descendante, dans le ventre. Démangeaisons nasales, pas de démangeaisons autour de la bouche; pas de démangeaisons anales; pas de vertiges, ou lipothymies (au plus quelques légers vertiges sur lesquels la malade s'explique très-mal), aucune excitation des sens, ni amaurose, ni surdité passagères. Pas de fourmillements dans les mains ni les doigts. Digestions assez faciles, une garde-robe par jour en moyenne; pas d'inappétences ni de goût anormal dans la bouche. L'arrivée des aliments solides ou liquides dans l'estomac calme les douleurs; il y a une semaine, elle a eu un peu de boulimie. Pouls à 64, et respiration à 18 par minute.

24 mai. La malade a pris, à huit heures, en une fois, un grand verre de décoction de grenadier; nausées et étourdissements sans vomissements. Au moment de la visite, la malade avait avalé 30 grammes d'huile de ricin, sans rien ressentir dans le ventre. On lui ordonne encore la même dose à neuf heures et demie; et elle rend à dix heures et demie, en deux selles, à quelques minutes d'intervalle, sans efforts et en pelotons, un tænia fort considérable.

En examinant dans l'eau tiède l'animal expulsé et remuant encore, on découvre trois tænias avec leurs trois têtes de tænia solium, bien distinctes et pourvues chacune de leurs ventouses et de leurs crochets. La malade se sent fatiguée, mais elle se remet rapidement et elle sort bien guérie le 25 mai.

Vous avez remarqué dans les trois observations précédentes

le titre *tænia solium;* en voici d'autres où j'ai mis le nom d'une autre espèce, *tænia mediocanellata*. La difficulté de l'expulsion est en général un peu plus grande pour ces derniers. Je vous résumerai plus tard les symptômes et les caractères tirés des anneaux du ver qui vous permettront de diagnostiquer les espèces de tænia.

Obs. IV. *Tænia mediocanellata; digestions difficiles; démangeaisons autour du nez; gastralgie persistante; fragments de tænia rendus remuants encore et souvent involontairement; amaigrissement; nausées; boulimie; expulsion facile du tænia par l'écorce de racine de grenadier et une dose d'huile de ricin.* — Le nommé H***, âgé de trente-deux ans, ébéniste, est entré, au mois de septembre 1868, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 24, service de M. le docteur Laboulbène.

Cet homme est né dans le département de la Moselle, canton de Saint-Habout; il y est resté jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans. Il mangeait du jambon de temps à autre, mais celui-ci était généralement bien cuit.

A son arrivée à Paris, ce malade commença à éprouver de la lourdeur dans les membres, et quand il avait mangé, il étouffait; la région épigastrique se gonflait. Quelques mois plus tard, il ressentit des démangeaisons vers les ailes du nez; ce signe dura six mois; il éprouvait toujours de l'oppression après ses repas, ses digestions étaient lentes et difficiles. Quelque temps après, il éprouva des chatouillements à la région anale, qui ont persisté jusqu'à ce jour.

Le malade dit avoir beaucoup maigri. Quand il a faim, dit-il, « il croit qu'on lui arrache le cœur » (gastralgie); de temps à autre, quelques envies de vomir. Aucun trouble des sens, il n'a jamais eu d'attaques épileptiformes; pas de céphalalgie; pas de diarrhée; épistaxis fréquentes pendant deux ans; il y a un an et demi qu'elles ont cessé.

Au mois de février 1868, il a rendu des fragments de tænia qui remuaient encore; à partir de cette époque, il en a toujours rendu et souvent malgré lui, jusqu'à son entrée à l'hôpital. Les garde-robes étaient à peu près normales.

Il y a quatre mois, après avoir pris un purgatif, il rendit un fragment de 50 centimètres de long, puis l'appétit lui revint; depuis cette époque, il est obligé de se lever la nuit pour manger, il boit beaucoup.

23 septembre. Le malade est amaigri, il éprouve encore des démangeaisons anales; quelques nausées; malaise, douleurs épigastriques s'irradiant dans les hypochondres. Il excrète 2000 grammes d'urine en vingt-quatre heures, pas d'albumine ni de sucre.

Le 25 septembre, M. Laboulbène lui ordonne la préparation suivante :

Macération de 60 grammes d'écorce de racine de grenadier dans 400 grammes d'eau ; faire réduire de moitié sur le feu ; vingt minutes après la prise de ce liquide, 30 grammes d'huile de ricin.

Deux heures après, le malade rendait, avec la tête, un long tænia non armé, pelotonné et conservant encore des mouvements bien visibles.

Obs. V. *Tænia mediocanellata ; cucurbitins et fragments de tænia rendus fréquemment et involontairement ; troubles de la digestion ; chloro-anémie ; peu de phénomènes réflexes helminthiques, mais malade extrêmement nerveuse et irritable ; expulsion par l'écorce de racine de grenadier et une seule dose d'huile de ricin.* — La nommée M*** (Joséphine), âgée de vingt-six ans, cuisinière, née à Nirlet (Belgique), est entrée à l'hôpital Necker le 24 août 1870, salle Sainte-Eulalie, n° 13.

Cette femme, d'une taille moyenne, assez maigre, est blonde avec les yeux verdâtres. Enfance non maladive. A onze ans, elle a eu la fièvre typhoïde ; elle a été vaccinée à trois reprises différentes. Pas de rougeole ; pas de scarlatine ; pas de rhumatismes ; pas de scrofules ; réglée à treize ans et demi ; règles durant pendant cinq jours sans douleurs ; pas de leucorrhée ni de syphilis, en un mot, jamais malade.

Père et mère vivants et en bonne santé, une sœur en bonne santé. Elle est venue en France à quatorze ans, directement, demeurant à Vaugirard d'abord, puis à Arcueil et enfin à Paris. Elle ne s'est pas aperçue, avant de quitter la Belgique, qu'elle eût le ver solitaire, ni elle ni ses parents. Du reste, personne da sa famille n'a rendu de fragments de tænia.

A dix-huit ans, grossesse, celle-ci pénible les cinq derniers mois avec vomissements. Accouchement assez difficile, terminé par un médecin ; deux méthrorrhagies ; l'enfant a vécu dix-sept mois. Depuis l'accouchement, santé détériorée ; pendant un an, ventre gonflé, pertes blanches abondantes. Nourriture excellente, gigot, côtelettes, biftecks, jamais de cœur de bœuf, ni jamais de charcuterie, rien que de la viande rôtie, et elle faisait elle-même cuire son morceau à part.

Santé dérangée depuis un an, troubles de digestion ; c'est quand elle avait mangé qu'elle ressentait de grandes coliques. Elle n'a jamais éprouvé de prurit nasal, buccal ou anal. Le premier phénomène qu'elle a ressenti est la sortie des cucurbitins ; elle en a tiré une dizaine, la première fois, il y a de cela huit mois. Elle allait, toutes les années, au mois d'octobre, à Sedan, où se trouvent ses parents. Elle a pu y manger du jambon fumé qu'elle aimait beaucoup. La malade affirme avoir rendu tous les jours quelquefois jusqu'à douze et treize anneaux (que nous avons vu nous-mêmes remuer), elle a même rendu, à trois reprises différentes,

1 mètre du ver; elle a tiré pour avoir celui-ci. Habituellement, les anneaux ne sortaient qu'un par un, et malgré elle.

Peau un peu décolorée, muqueuses pâles; appétit ordinairement mauvais; malgré cela, digestions assez régulières; pas de diarrhées habituelles; dérangements de corps très-rares.

Battements cardiaques fréquents; état marqué de chloro-anémie, les règles parfaitement périodiques; 76 puls., T. 38°,5, resp. 16. Souffle au premier bruit du cœur et à la base, respiration normale; urine normale; deux ou trois mictions en vingt-quatre heures; sommeil assez entrecoupé.

On a préparé la malade, car, extrêmement nerveuse et irritable, et se plaignant fréquemment d'envie de vomir, quoique n'ayant pas d'attaques de nerfs, elle aurait pu rejeter la préparation qu'on lui aurait donnée. Aussi, après avoir usé de divers médicaments antispasmodiques et l'avoir fait manger modérément d'abord, et aussi dans la suite, autant que possible, elle a pris l'écorce de racine de grenadier, le 20 septembre, au matin : 60 grammes d'écorce de racine de grenadier de Portugal, macérés dans deux verres d'eau pendant vingt-quatre heures, puis réduits doucement à une verrée.

La veille, elle avait encore rendu des cucurbitins; ceux-ci s'échappaient quelquefois tombant entre les jambes. Elle en rendait rarement pendant le sommeil, elle en a pourtant trouvé dans le lit.

La potion est prise en deux fois, à sept heures et demie, à cinq minutes d'intervalle. Sensation pas trop désagréable en buvant. Trois ou quatre envies de vomir réprimées. Un quart d'heure après, grouillement dans le ventre et prise d'huile de ricin, 30 grammes. A huit heures, elle sentait comme si elle allait rendre des anneaux de vers, mais elle a rendu le tænia en bloc, pelotonné et vivant : car, mis dans l'eau tiède, il a remué.

Le tænia est inerme, et on a parfaitement vu les ventouses et les corpuscules calcaires, en constatant l'absence de la couronne de crochets.

Nota. — Cette malade a eu ensuite une pneumonie gauche fibrineuse, dont elle guérit parfaitement. Elle est sortie le 14 octobre 1870, n'ayant plus rendu de cucurbitins.

Obs. VI. *Tænia mediocanellata; démangeaisons autour de l'anus et ténesme ; fragments de tænia rendus involontairement et sortie d'autres anneaux avec les selles; expulsion par l'écorce de racine de grenadier et une dose d'huile de ricin.* — Le nommé S*** (Ange), âgé de soixante ans, employé, est entré à l'hôpital Necker le 27 mars 1873, salle Saint-André, n° 16, dans le service de M. le docteur Laboulbène.

Depuis un mois, ce malade, d'une constitution robuste et bien conservé pour son âge, éprouvait de fréquentes démangeaisons à l'anus, accompagnées de ténesme. De temps en temps, il sentait s'échapper, dans son pantalon, sans que sa volonté intervînt, des fragments de tænia, longs de 2 centimètres environ. Autour des

excréments se trouvaient des anneaux de cet entozoaire, animés d'un certain mouvement. S*** ne sait à quelle cause attribuer la présence de ce parasite. Il ne s'est jamais nourri de charcuterie d'une manière suivie ; jamais il n'a habité les pays où cet animal se rencontre à l'état endémique. Sa santé, du reste, est très-bonne ; son appétit a toujours été régulier.

Le 28, à sept heures et demie du matin, le malade prend, en deux doses, à dix minutes d'intervalle, un apozème composé de 90 grammes d'écorce de racine de grenadier, digérés dans 200 grammes d'eau. Un quart d'heure après, il ne ressent aucune colique ; on lui administre deux cuillerées à bouche d'huile de ricin. Au bout de dix minutes environ, il éprouve le besoin d'aller à la selle et il remarque alors, au milieu de matières peu abondantes, une boule blanche assez volumineuse, qu'il reconnaît être un tænia.

L'animal mesure 8 mètres. Les organes génitaux occupent sur plusieurs anneaux un bord de l'anneau, et tantôt l'autre sur une nouvelle série d'anneaux. La tête est munie de quatre ventouses ; mais elle est dépourvue de la double rangée de crochets que l'on trouve sur le *tænia solium*. L'ensemble de ces signes indique nettement que le parasite est un *tænia mediocanellata*.

Un fait remarquable à signaler est la tendance qu'a ce tænia à sortir de l'intestin ; aussi le voit-on fréquemment gagner spontanément l'orifice anal, et s'échapper dans le pantalon, malgré la volonté du malade.

Cet homme estime à 12 ou 15 mètres la longueur du ver rendu précédemment, par fragments, ce qui paraît exagéré.

Il est parfaitement guéri et sort le 29 mars.

Obs. VII. *Tænia mediocanellata ; démangeaisons autour du nez et à l'anus ; coliques ; fragments de tænia dans les selles ; le kousso employé ne fait pas rendre la tête du ver ; expulsion par l'écorce de racine de grenadier et l'huile de ricin.* — F*** (Victor), âgé de quarante-deux ans, facteur, entré à l'hôpital Necker le 9 avril 1873, salle Saint-André.

Depuis quelques années, le malade se plaignait de ressentir dans l'abdomen des gargouillements et pareillement des coliques très-vives ; il ressentait aussi, à intervalles irréguliers, de violentes démangeaisons autour du nez et de l'anus. Vers le mois de juillet dernier, il aperçut dans ses selles des débris de ver solitaire ; il alla quelques jours après consulter un médecin qui lui ordonna de prendre le kousso. Ce traitement amena l'expulsion du corps du tænia, mais la tête restait.

Six mois après apparaissaient les mêmes symptômes qu'autrefois. Il se décida, au commencement d'avril, à entrer à l'hôpital Necker, où il fut reçu le 9 avril. Le 18, il prenait l'écorce de

racine de grenadier et l'huile de ricin, et deux heures après il rendait dans ses selles un ver solitaire. Nous avons pu voir la tête au microscope et constater le *tœnia mediocanellata*. Le malade, interrogé sur son genre de vie, nous a dit qu'il mangeait très-rarement du porc, mais en revanche il mangeait assez souvent du cœur de bœuf.

Le malade est sorti le 21 avril de l'hôpital Necker, parfaitement guéri.

J'arrive maintenant, mon cher Rédacteur, au bref résumé des sept observations qui précèdent. Dans presque toutes, nous trouvons invariablement les démangeaisons du pourtour de la bouche et du nez, ainsi que le prurit anal. Ce sont des phénomènes d'action réflexe perçus aux extrémités du tube digestif.

En seconde ligne, les troubles variés du système nerveux, gastralgie, boulimie, coliques, vertiges, sensations de reptation dans l'abdomen, obnubilation, défaillance plus ou moins complète, etc. Enfin tous les malades sans exception m'ont montré des fragments de *tœnia* qu'ils avaient rendus récemment.

Remarquez combien mon mode de procéder est simple pour faire rendre le ver. Quand je me suis assuré que le malade a, depuis peu, des cucurbitins ou des fragments de tænia dans les garde-robes, ou, rappelez-vous bien ceci, quand il s'échappe par l'anus malgré les efforts du sphincter anal des fragments vivants de *tœnia*, je fais préparer l'apozème que voici, et dont vous avez vu la formule dans la plupart des observations :

Ecorce sèche de racine de grenadier de Portugal, 60 *à* 90 *grammes ; eau pure, deux verres ; faites macérer vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, réduisez d'abord à feu doux, puis sur la fin à grand feu, pour une verrée seulement de liquide.*

Je ne tiens pas à l'écorce de grenadier vivant pris au marché de Paris, car ces arbustes y sont généralement souffreteux. J'ai même entendu dire qu'on parvenait à greffer le grenadier sur d'autres plantes, et alors à quelle racine s'adresserait-on ?... Que cette assertion soit vraie ou fausse, les faits sont là qui prouvent que l'écorce de racine de grenadier du midi de la France, d'Espagne ou de Portugal, de l'arbuste venant dans des contrées où il croît naturellement avec une grande vigueur, que cette écorce, dis-je, est douée de propriétés anthelminthiques énergiques et parfaitement suffisantes. D'ailleurs cette écorce est dans toutes les officines et à très-bas prix, ce qui n'est pas à dédaigner.

Le *modus faciendi* consiste à donner la verrée de maceratum réduit de moitié par la chaleur, et cela en une, deux ou trois fois au besoin.

Il faut la donner en deux fois aux personnes qui ont une grande tendance à vomir, et j'ai soin de prévenir le malade que c'est fort mauvais, très-amer et désagréable. Presque toujours, après quelques grimaces de dégoût, le malade assure qu'il s'attendait à quelque chose de pire.

La recommandation la plus importante est la suivante : Dès que le patient éprouve des malaises dans l'abdomen, qu'il sent ou bien « quelque chose remuant dans le corps, » ou « des pelotonnements dans le ventre, » en un mot un malaise différent de la nausée et se passant dans l'intestin, non dans l'estomac, donnez hardiment l'huile de ricin, 15, 30, 60 grammes, et jusqu'à 90 et 100 grammes, en une, deux ou trois fois.

C'est là qu'est le nœud de la question thérapeutique, le tour de main : les observations vous le prouveront, et je dois dire que les sœurs de mon service ont acquis une habitude remarquable pour l'expulsion du tænia. C'est une justice que je me plais à leur rendre, et elles montrent toujours avec quelque fierté le ver, encore vivant et remuant dans l'eau tiède, rendu pendant la visite du matin à l'hôpital.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'ablation du lipome ; moyen de prévenir les accidents de septicémie qui arrivent souvent à la suite de cette opération ;

Par M. le docteur Demarquay, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de la Maison municipale de santé.

Le lipome est une maladie qui généralement ne présente aucune difficulté au chirurgien : à moins de conditions exceptionnelles, le diagnostic en est facile et ce n'est que dans de certaines régions, comme la main, la langue, la face, la région parotidienne, etc., que ce diagnostic peut être embarrassant à préciser. D'un autre côté, l'ablation du lipome n'est communément pas difficile, même

quand il est profondément situé ; seulement, dans ce cas, pour arriver sur le mal, il faut intéresser des parties plus ou moins importantes, comme la parotide dans le cas de lipome sous-parotidien, s'exposer à léser des vaisseaux importants, comme cela a lieu quand la tumeur graisseuse siége dans la paume de la main, la région axillaire, etc. Ces difficultés vaincues, si le lipome n'est point trop volumineux ou trop profondément placé, l'opération reste bénigne.

Mais quand le lipome est volumineux, même alors qu'il se trouve superficiellement placé, l'opération peut faire courir de graves dangers au malade, à cause de l'étendue du traumatisme et à cause surtout du mode opératoire généralement suivi. En effet, pour se donner du jour, on fait une longue incision ou une incision cruciale, dans le but de découvrir complétement la tumeur à enlever ; cela fait, on l'isole de toutes les parties, on la détache des masses musculaires auxquelles elle adhère ; l'opération terminée, on panse diversement cette vaste plaie. Si des muscles ont été mis à nu, et si surtout ceux-ci restent en contact avec une suppuration plus ou moins abondante et plus ou moins prolongée, il peut survenir des phénomènes d'infection putride, et la vie de l'opéré se trouve compromise. L'accident est plus à craindre encore si pour arriver sur le mal il a fallu traverser des masses musculaires. Dans ce cas, il reste à la place de la tumeur une vaste cavité, recouverte en grande partie par des muscles. Quelle que soit l'étendue de l'incision, les liquides qui s'accumulent dans cette cavité s'altèrent, ils fusent dans le tissu cellulaire, au milieu des muscles, et amènent des accidents formidables, et cela en très-peu de jours.

C'est ce qui m'est arrivé l'année dernière. J'avais enlevé un lipome volumineux de la partie inférieure et latérale du dos. L'opération avait été facile, mais il avait fallu inciser les muscles pour arriver sur le produit pathologique que j'avais à enlever, l'isoler des éléments circonvoisins. Craignant la stase des liquides albumineux et leur décomposition dans ce grand foyer, je pris soin d'en favoriser l'écoulement par un pansement convenable. Mais mes précautions furent vaines : le tissu cellulaire sous-musculaire et sous-cutané se laissa pénétrer par ces liquides, séro-sanguinolents d'abord, et purulents ensuite ; bientôt des phénomènes d'infection putride se manifestèrent et mon malade fut emporté.

En réfléchissant à ce fait malheureux et à d'autres dont j'ai été témoin, soit à la suite d'ablation de lipomes, soit à la suite d'ablation de tumeurs fibreuses, je me suis demandé si l'on ne pourrait point, dans l'opération du lipome au moins, éviter cet accident, en modifiant le procédé opératoire et en tenant compte d'un fait anatomo-pathologique bien connu. Je veux parler de la mince enveloppe fibreuse qui entoure le lipome et l'isole généralement des tissus graisseux au milieu desquels il est placé. Cette membrane ne pourrait-elle pas protéger les parties voisines contre toute infiltration séro-sanguinolente et séro-purulente, infiltration généralement fort grave quand elle a lieu dans les parties profondes, et qu'elle arrive au contact des muscles séparés de leur aponévrose?

Pour parvenir à conserver cette membrane isolante, il suffit, quand on a à enlever un lipome, d'inciser la peau, le tissu cellulaire, les muscles eux-mêmes et, une fois arrivé sur la tumeur, d'inciser celle-ci à son tour et de détacher, ce qui est facile, la masse graisseuse de son enveloppe dans toute son étendue. On panse ensuite la plaie avec quelques boulettes de charpie qu'on laisse en place jusqu'à ce qu'elles soient éliminées par la suppuration. Tout récemment, après avoir enlevé de cette manière un volumineux lipome situé dans la région dorsale, j'ai réuni, au moyen de la suture, la vaste plaie qui résultait de cette opération, et afin de favoriser l'écoulement des liquides, j'ai laissé un drain dans l'intérieur de la plaie. La malade a parfaitement guéri, bien qu'elle fût d'une faible constitution.

Depuis que j'ai recours à ce mode opératoire, j'ai fait l'ablation d'un certain nombre de lipomes plus ou moins volumineux, plus ou moins profondement situés, et mes malades n'ont éprouvé aucun accident. En sera-t-il toujours de même? Je n'oserais l'espérer; toutefois on comprend très-bien que le procédé que j'indique ait son importance, et qu'il puisse servir à limiter le champ de l'inflammation. Le chirurgien triomphe souvent d'une inflammation circonscrite; il n'en est point de même des inflammations diffuses.

D'une nouvelle canule pour injections vaginales et de ses avantages ;

Par M. le docteur DELIOUX DE SAVIGNAC.

La pratique des injections ou irrigations vaginales est d'autant plus répandue que non-seulement elle est nécessitée par de nombreuses et fréquentes affections de la matrice et de ses annexes, mais, en outre, qu'elle est adoptée comme mesure d'hygiène ou moyen de propreté par la plupart des femmes soigneuses de leur personne. Aussi voit-on beaucoup d'appareils divers appliqués à cette pratique ; mais, en général, leur imperfection amoindrit considérablement les services qu'on en attend, et les rend même parfois plus nuisibles qu'utiles.

Ces appareils se composent ordinairement de deux parties : 1° un corps de pompe, une seringue, un irrigateur ou une simple ampoule de caoutchouc, lesquels servent à la fois de récipient et de propulseur pour les liquides ; 2° une canule destinée à émettre ces liquides dans l'organe que l'on veut modifier, assainir ou déterger. C'est la construction vicieuse de cette canule qui a jusqu'ici constitué le principal défaut de l'agencement instrumental employé pour les injections vaginales.

Quelques médecins spécialistes ont cru devoir, dans l'espèce, distinguer les irrigations des injections proprement dites. Si l'on voulait pousser un liquide jusque dans la cavité utérine, il s'agirait bien alors d'une véritable injection ; mais, outre que nous partageons l'avis de ceux qui font les plus grandes réserves sur l'innocuité de ce moyen, nous n'avons en vue ici que la pénétration des liquides dans le vagin, et la canule que nous allons proposer est exclusivement destinée à atteindre ce but. On voudrait attribuer le nom d'*injection* à l'opération par laquelle on pousse dans une cavité close ou susceptible de l'être un liquide quelconque, de manière que celui-ci puisse être maintenu dans la cavité autant qu'on le désire ; tandis que l'irrigation consisterait à arroser l'intérieur d'un organe creux avec un liquide qui s'écoule par l'orifice de cet organe au fur et à mesure de son introduction. Cette distinction est spécieuse et ne peut prévaloir d'une manière absolue dans le langage médical. D'ailleurs on n'irrigue pas seulement les cavités, mais aussi les surfaces. Du moment que l'on injecte un liquide

dans une cavité naturelle ou accidentelle, qu'il y séjourne ou non, l'opération n'en mérite pas moins le nom d'*injection*.

Lorsque l'on tient à ce que le liquide injecté séjourne plus ou moins dans le vagin, il faut employer des instruments ou recourir à des procédés pour lesquels l'intervention de l'homme de l'art est presque constamment nécessaire. On ne peut donc y songer que pour des cas exceptionnels ; dans les circonstances ordinaires, les injections vaginales doivent rester au nombre de ces soins intimes et personnels dont les convenances écartent tout secours étranger. Il faut toutefois donner à la femme un instrument parfaitement approprié à sa destination, lui en indiquer le fonctionnement et la mettre ainsi à même de retirer de ce moyen très-efficace de traitement tout le bénéfice dont il est susceptible lorsqu'il est rationnellement conçu.

Le premier objet dont il lui importe d'être munie est une bonne canule à injection. Il n'en existe cependant pas une seule dans le commerce qui ne soit plus ou moins passible de critique. Mais ce dont il y a le plus lieu de s'étonner, c'est que la canule dont les femmes font le plus fréquent usage est courbe. Rien, on peut le dire, n'est plus contraire au bon sens, et la réflexion la plus naturelle et la plus sommaire suffirait à faire repousser cette forme en contradiction avec la conformation des parties sexuelles.

L'incurvation de la canule l'empêche nécessairement de pénétrer assez avant dans le vagin et, en outre, fait buter son extrémité contre la paroi antéro-supérieure de ce conduit. Cet instrument vicieux blesse souvent la femme, et ensuite il rend impossible la portée de l'injection jusqu'aux endroits où elle doit agir, jusqu'au col utérin, par exemple, qui, à moins qu'il ne soit abaissé, reste complétement en dehors de son action. Il est donc hors de conteste qu'une canule droite doit être exclusivement employée, et c'est d'ailleurs ce que conseillent tous les médecins lorsqu'ils sont consultés, comme ils devraient l'être toujours en pareil cas.

Mais les canules droites elles-mêmes ne sont pas à l'abri de reproches. Elles sont généralement trop menues, leur olive est trop petite, et elles ne débitent pas assez d'eau. Cette olive est percée d'un trop petit nombre de trous latéraux, et à son extrémité elle a un trou central, presque toujours plus grand que les autres, par lequel passe la plus grande partie de l'injection, qui va ainsi faire douche perpendiculaire sur le col de la matrice. Cet organe

en reçoit souvent une excitation fâcheuse, tandis que les sinus utéro-vaginaux et les parois vaginales sont à peine effleurés par le reste du liquide. Enfin des olives trop molles s'aplatissent, se déforment dans leur usage, et cet inconvénient contribue encore au débit imparfait de l'injection.

C'est pour parer à ces divers défauts que j'ai fait établir une nouvelle canule à injection vaginale, que je crois pouvoir recommander spécialement de préférence à toute autre. Après l'avoir expérimentée depuis longtemps avec des perfectionnements successifs, je puis enfin la conseiller en m'appuyant sur les avantages incomparables que je lui ai reconnus dans ma pratique.

La canule que je propose de vulgariser pour les injections ou irrigations vaginales est droite, en gomme, souple, flexible. Elle a une longueur totale de 20 centimètres : 15 pour le tube, 5 pour l'olive. Celle-ci, au lieu d'être creuse, est à parois pleines et d'une certaine épaisseur ; de telle façon que le canal intérieur, cylindrique, a un diamètre uniforme de 1 centimètre depuis son origine jusqu'à sa terminaison dans le renflement olivaire. L'olive est percée de vingt-quatre canalicules de 1 millimètres de diamètre, obliques de dedans en dehors et de bas en haut, qui aboutissent extérieurement à vingt-quatre trous disposés en quinconce sur six rangs latéraux. L'extrémité de l'olive est mousse, arrondie et imperforée.

Cette canule représente une pomme d'arrosoir dont l'alimentation est mathématiquement assurée par un tuyau dont la section intérieure est égale à la section totale des vingt-quatre orifices. Si elle est ajustée à un autre tuyau ayant également, sur toute sa longueur, 1 centimètre de diamètre, et si ce tuyau est adapté à une ouverture de même diamètre d'un récipient d'eau, tous les orifices de l'olive débitent chacun une égale quantité de liquide, avec une vitesse, avec une énergie en rapport avec la force du moyen de propulsion. Cette canule fonctionne très-régulièrement avec un appareil connu sous le nom de *néoclyse*, grâce à la concordance établie entre les proportions de cet instrument et celles de la canule en question.

Les avantages de cette canule sont faciles à comprendre. Elle permet d'injecter à la fois dans les parties une quantité d'eau bien plus considérable, de l'étendre sur une plus grande surface qu'avec les canules ordinaires ; en outre, elle fait jaillir cette eau avec plus

de vigueur, de manière à rendre plus parfaits les soins de propreté où plus efficaces les liquides médicamenteux ; le jet de ces liquides, au lieu de percuter directement le museau de tanche, douche obliquement le pourtour du col et s'introduit mieux dans les sinus vagino-utérins, qu'il importe le plus de déterger des mucosités qui tendent à s'y amasser; l'injection, également lancée par tous les orifices, atteint toutes les portions de la muqueuse vaginale, la modifie et la nettoie aussi complétement qu'on peut le désirer.

Pour retirer de l'emploi de cette canule tous ses avantages, il faut apprendre à la femme comment s'en servir. La canule, enduite préalablement d'huile ou de glycérine, doit être présentée, tenue un peu au-dessous de l'olive, à la partie inférieure de l'ouverture vulvaire, puis introduite doucement en longeant la paroi postérieure du vagin, jusqu'à ce que l'olive ait pénétré avec 2 ou 3 centimètres du tube ; le corps de l'olive se trouve ainsi au centre du vagin, et son extrémité est dirigée vers le sinus utéro-vaginal postérieur. On fait alors agir l'instrument injecteur, en graduant sa force d'impulsion selon la sensibilité des parties, selon l'effet que l'on veut obtenir. On peut aussi avec cette canule, lorsque le cas l'indique, et en la plaçant au-devant de l'utérus, doucher parfaitement cet organe.

Toutes les femmes auxquelles j'ai fait adopter la nouvelle canule ont bientôt reconnu sa supériorité sur celles dont elles s'étaient servies jusque-là ; elle se recommande d'autant plus que ce n'est pas seulement la matière de l'injection, mais encore la manière dont elle est faite, qui en assurent l'efficacité.

De la galvanocaustie thermique ou électrothermie appliquée aux opérations chirurgicales ;

Par M. le Professeur Sédillot, membre de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, etc. (1).

Les courants galvaniques reçoivent en chirurgie de nombreuses applications, dont les principales sont : la galvanocaustie thermique ou électrothermie, la galvanocaustie chimique et l'électrolyse.

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 28 juillet 1873.

Electrothermie. — Quand on ferme un circuit galvanique avec un fil de platine plus mince et moins bon conducteur que les extrémités du fil de cuivre avec lesquelles il a été mis en communication, on le voit passer au rouge brun, au rouge-cerise et au rouge blanc.

Plus le fil est fin et oppose de résistance au courant, dont l'intensité est proportionnelle à l'étendue des surfaces actives des couples de la pile, plus la chaleur est vive ; aussi faut-il augmenter ces surfaces en raison de l'accroissement du diamètre du fil.

Si l'on veut faire rougir une plus grande longueur de ce dernier, on doit multiplier les couples pour rendre plus énergique la tension de l'électricité dégagée.

La *galvanocaustie chimique* a pour but d'utiliser les propriétés caustiques des acides et des alcalis, qui se portent : les premiers au pôle positif, et les seconds au pôle négatif. C'est aux points où les aiguilles, mises en rapport avec les réophores, ont été engagées dans les tissus, que la cautérisation a lieu ; et, si ces aiguilles viennent à se toucher d'une manière fortuite ou volontaire, elles produisent immédiatement de la chaleur (méthode mixte).

C'est ainsi que, dans les premières applications du courant voltaïque, faites en 1825 par Fabré Palaprat, et par nous en 1849, pour la guérison d'une tumeur érectile nasale, les aiguilles implantées à plusieurs reprises dans le tissu morbide, à courtes distances ou en contact, déterminèrent des effets thermiques et chimiques.

L'*électrolyse* a été proposée et employée par M. Ciniselli (de Crémone) pour provoquer la résolution des néoplasmes.

Nous avons eu recours à cette méthode et nous l'avons vue appliquer sans avantages marqués ; mais on en a publié quelques succès dans le traitement des engorgements ganglionnaires indolents.

Nous ne nous occuperons ici que de la galvanocaustie thermique, à l'occasion d'un nouvel appareil d'un de mes anciens collègues de Strasbourg, M. le docteur E. Bœckel (1).

Depuis 1845 et 1846, où Heider (de Vienne) et G. Crussell (de Saint-Pétersbourg) eurent recours à l'électrothermie, on s'était toujours servi de pile à deux liquides.

(1) *De la galvanocaustie thermique*, par le docteur E. Bœckel, professeur agrégé de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. Paris, 1873.

Middeldorpf avait construit, en 1854, un appareil complet d'électrothermie, formé d'une pile de Grove (zinc et platine) donnant un courant soutenu et régulier, dont un commutateur fait aisément varier l'intensité et la tension.

Une anse de platine disposée en serre-nœud, un couteau galvanocaustique, un cautère en bec d'oiseau et un galvanocautère étaient ses principaux instruments.

Personne n'a méconnu l'avantage de pouvoir placer, dans la profondeur ou à la surface des organes et à la température ordinaire, un fil métallique susceptible d'être instantanément porté au rouge blanc pour cautériser ou diviser les parties sans perte de sang.

J'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie, en 1870 (1), les observations d'un assez grand nombre d'opérations, et particulièrement de trois amputations de jambe (2), faites avec l'appareil de M. Middeldorpf.

Il importait cependant de rendre cet appareil plus léger et de fournir le moyen de mieux varier à volonté le degré de chaleur.

Ces heureuses modifications recommandent la pile de MM. Bœckel et Redslob, qui paraît un perfectionnement de celle de M. Grenet, déjà appliquée par M. Broca.

Cette dernière renferme deux couples (zinc et charbon) plongés dans de l'acide sulfurique étendu, avec addition de cristaux de bichromate de potasse. Le courant est d'une intensité suffisante; mais il faut l'activer par des insufflations d'air entre le zinc et le charbon, pour renouveler le liquide et en empêcher la stagnation, et on le diminue et on l'arrête en soulevant les éléments de la pile et en les dégageant du liquide.

Un jeune médecin militaire, Eugène de Séré, tué au champ de bataille de Sedan, avait publié à ce sujet un travail rempli de vues ingénieuses (3).

La possibilité de suspendre, d'activer et de graduer à chaque moment l'action de l'appareil, n'était pas complète, et l'on était exposé à développer trop ou trop peu de chaleur.

(1) *De la suppression de la douleur dans les opérations chirurgicales* (*Comptes rendus*, 26 avril 1870).

(2) Jaxa Kwiatowski (A.-J.), *Amputations des membres par la méthode galvanocaustique*. Thèse de Strasbourg, n° 299, 3e série.

(3) Eugène de Séré, *De la galvanocaustie, du couteau galvanocaustique et de l'anse coupante à échelle graduée*. Thèse de Paris, n° 173, 1862.

Voici quelques-uns des avantages de l'appareil thermo-électrique de M. E. Bœckel. La caisse est en caoutchouc durci, comme celle de Leiter (de Vienne), et mesure 28 centimètres de longueur sur 17 centimètres de largeur et 25 centimètres de hauteur.

Chacun de ses quatre compartiments renferme un couple, composé d'une plaque de zinc de 15 centimètres sur 20 centimètres, entre deux plaques de charbon. Ces couples, suspendus par une traverse et combinés en deux batteries, offrent une large surface active de zinc.

Le courant est réglé avec sûreté et promptitude par un modérateur formé d'une planchette, où sont disposés deux fils d'Argentan, faisant chacun cinquante méandres, et mis en communication avec les réophores par une tige de cuivre, dont les roues, de même métal, marchent librement d'un bout à l'autre des fils d'Argentan, dont les coudes sont gradués de zéro à 100.

Tout le système est intercalé dans l'un des réophores, et, selon que cette espèce de chariot avance ou recule, la chaleur croît ou diminue.

Il suffit de nommer le numéro où les roues doivent être fixées pour obtenir très-exactement le degré thermique dont on a besoin.

Une aiguille d'inclinaison comprise dans le courant indique la mise en activité de la pile.

Un fil de platine de 1 millimètre d'épaisseur, comme M. Broca et moi l'avions employé, est facilement porté au rouge vif sur une longueur de 25 centimètres.

La puissance de la pile et le volume du fil doivent être réglés par les conditions opératoires, qui diffèrent beaucoup dans l'ablation d'un polype du larynx ou d'une grosse tumeur tégumentaire, et il faut toujours s'assurer expérimentalement, avant de s'en servir, du fonctionnement régulier de l'appareil.

L'électrothermie, appliquée à des tissus dont les vaisseaux ont été comprimés, donne des eschares plus ou moins épaisses, selon le degré de la chaleur et la durée de ses applications, met à l'abri des hémorrhagies et des complications pyohémiques et septicémiques, prévient les douleurs du réveil anesthésique et la simplicité, la précision, le moindre volume et le bas prix des appareils aideraient certainement à en répandre l'usage.

Le couteau, l'anse de platine et le serre-nœud de Leiter (de Vienne) donnent d'excellents résultats, avec la précaution d'éviter

les plissements du fil, dont les points d'émergence du serre-nœud ne s'échauffent pas autant que le reste de l'anse, et cautérisent souvent, sans le diviser, le dernier centimètre du pédicule des tissus compris dans la ligature.

Il faut alors tirer le fil à soi, au lieu d'en augmenter la striction, et M. E. Bœckel a conseillé d'y interposer, du côté du serre-nœud, un morceau de bois ou d'ivoire pour achever plus facilement l'opération.

Ce chirurgien, multipliant les expériences déjà entreprises sur les animaux, a extirpé la rate, le grand épiploon, le rein, sur des chiens, dont aucun n'a succombé.

MM. Clary (de Manchester), Kœberlé, Baker-Brown, Tyler-Smith, Spencer-Wells, Krassowsky (de Saint-Pétersbourg) avaient reconnu l'innocuité habituelle des eschares intrapéritonéales, et ce dernier chirurgien paraît avoir divisé, avec l'anse galvanocaustique, le pédicule de plusieurs kystes ovariques, dont la réduction n'entraîna pas d'accidents.

Parmi les trente-deux opérations galvanocaustiques pratiquées par M. E. Bœckel, on trouve l'ablation d'une épiplocèle volumineuse, dont l'eschare rentra en partie dans l'abdomen, sans que la guérison en ait été empêchée.

Ces faits et les expériences montrent que les surfaces cautérisées ne jouent pas nécessairement, dans les cavités closes, le rôle de corps étrangers, s'éliminant par ulcération et suppuration, ou s'isolant dans un kyste.

Des adhérences curatives se forment, et l'on aperçoit les parcelles carbonifiées microscopiques disséminées et en voie de disparition.

Quelques chirurgiens avaient admis un degré de chaleur hémostatique correspondant au rouge-brun. Nous avons cherché à prouver que l'hémostase dépend de l'épaisseur de l'eschare et de la densité et de la sécheresse des tissus sur lesquels porte le cautère, qui perd sa chaleur au contact des parties et les charbonne avec flamme, s'il ne fait que les effleurer.

Ces faits, également étudiés par M. E. Bœckel, l'ont conduit aux mêmes conclusions.

De nombreux travaux ont mis hors de doute l'importance et les avantages de l'électrothermie, dont les appareils compliqués ont seuls retardé les applications, et la chirurgie est intéressée à en suivre et à en signaler les progrès.

CHIMIE ET PHARMACIE

Des tartrates et des citrates de fer et de leurs combinaisons ammoniacales (1);

Par M. le docteur C. Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker.

Citrate ferreux, $C^{12}H^{5}O^{11},2(FeO)+3HO$. — Les auteurs ne sont également pas d'accord sur les propriétés physiques et chimiques du citrate de protoxyde de fer.

« Le fer métallique, dit Gerhardt, se dissout dans l'acide citrique avec dégagement d'hydrogène. La solution saturée précipite par l'alcool des flocons blancs de citrate triferreux. » (*Chimie organique*, t. II, p. 99.)

. La plupart des ouvrages de chimie publiés depuis vingt ans ont enregistré le même fait.

Quand on épuise l'action d'une solution aqueuse d'acide citrique sur du fer divisé, la liqueur filtrée, additionnée de deux ou trois fois son volume d'alcool, donne à peine un léger trouble. Si, au contraire, la liqueur est encore très-acide, le précipité est bien plus volumineux; il est floconneux, blanchâtre et verdit rapidement. Cette masse molle se laisse aisément laver dans l'eau tiède par malaxation ; exposée à l'air, elle se colore en vert foncé et devient d'un vert noirâtre quand on la dessèche à 100 degrés. On n'obtient jamais qu'une très-petite quantité de produit, et sa facile altération rend l'emploi de l'alcool absolument impraticable.

Le produit est du citrate triferreux plus ou moins suroxydé et mélangé à des proportions variées de citrate biferreux ; il donne à l'incinération 37 à 39 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre, après qu'on l'a desséché à 100 degrés. Il se dissout aisément dans l'ammoniaque, et la dissolution absorbe l'oxygène de l'air plus rapidement, je crois, que celle du citrate biferreux.

En procédant comme je l'ai dit plus haut pour la préparation du tartrate ferreux, c'est-à-dire en soumettant à une ébullition soutenue dans un matras de verre un mélange de pointes fines ou de fil de fer, d'acide citrique et d'eau, à poids à peu près égaux, il se dégage de l'hydrogène et l'on obtient du citrate de protoxyde de fer parfaitement blanc, sablonneux, cristallin, dense et pourtant facile

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

à séparer de l'excès de fer. Ce sel peut être recueilli sur une toile et lavé rapidement à l'eau bouillante ; mais, divisé en trochisques sur un cahier de papier à filtre et porté à l'étuve, il est plus altérable que le tartrate de protoxyde. Aussi n'est-ce qu'en prenant de grandes précautions que l'on obtient ce sel sec et blanc.

L'attaque du fer paraît plus facile avec l'acide citrique qu'avec l'acide tartrique. Le lavage du protocitrate de fer est aussi plus rapide que celui du prototartrate, parce que le citrate est en cristaux plus volumineux.

Sec, le citrate de protoxyde de fer rougit à la longue à la lumière, bien qu'on l'ait lavé avec le plus grand soin à l'eau distillée bouillie et même à l'alcool.

Humide, il est en masse sablonneuse parfaitement blanche. Au microscope, ces grains apparaissent comme autant de prismes incolores, terminés par des facettes obliques.

Le citrate biferreux est très-peu soluble dans l'eau ; sa solution aqueuse, saturée à chaud, ne donne aucun dépôt par le refroidissement ; l'alcool la trouble à peine, même quand le volume de l'alcool est double du volume de la solution aqueuse.

Divers recueils font préparer ce sel à froid ou à une température de 60 degrés, avec de la limaille de fer, de l'acide citrique et de l'eau. En opérant à l'ébullition, le citrate est très-divisé, plus dense, plus facile à séparer du fer métallique et moins oxydable sous l'influence de la lumière.

Le citrate ferreux est un citrate à 2 équivalents de base métallique ; sa composition correspond à la formule $C^{12}H^5O^{11},2(FeO)+3HO$, qui donne théoriquement 30,30 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre. L'incinération de quatre échantillons de citrate ferreux bien blanc, desséché à 100 degrés, a laissé 29,97, — 30, — 30,4, — 30,3 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre. J'ai pris pour ces dosages des produits de fabrication courante. Je dois noter qu'en employant des citrates de fer très-divisés, il est difficile d'éviter pendant la calcination une projection de quelques parcelles de fer hors de la capsule de platine, même en la couvrant de son couvercle. Les tartrates ne présentent pas cet inconvénient, que l'on évite en se servant de citrate ferreux ou de citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque en gros fragments. On y parvient encore en arrosant le citrate desséché avec de l'acide azotique, et le desséchant de nouveau avant la calcination.

Citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque :

$$C^{12}H^5O^{11},Fe^2O^3,AzH^3+3HO.$$

Si le citrate de protoxyde de fer cristallisé s'oxyde sensiblement sous l'influence de la lumière, et par conséquent se conserve difficilement pur, exempt de protoxyde ; il se recommande néanmoins par la facilité avec laquelle il donne du citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque d'une composition constante :

$$C^{12}H^5O^{11},Fe^2O^2,3HO+O+AzH^3=C^{12}H^5O^{11},Fe^2O^3,AzH^3+3HO.$$

Arrosé d'ammoniaque liquide, le citrate de protoxyde de fer cristallisé, sec ou humide (ce dernier état bien avantageux dans la pratique), se dissout en même temps que la masse liquide s'échauffe considérablement. La liqueur, d'abord verdâtre foncée, presque noire en masse, jaunit assez rapidement sur ses bords.

La dissolution dans l'ammoniaque est immédiate avec le protocitrate, tandis qu'elle est lente avec le prototartrate de fer. L'état liquide favorise l'oxydation ; il suffit donc d'étaler la solution ammoniacale du protocitrate sur des assiettes plates, pour qu'en deux jours l'oxydation soit complète. La dessiccation, à l'air ou à l'étuve, donne alors de belles paillettes de citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque, d'une composition constante, d'une solubilité parfaite et d'une conservation facile. Si l'oxydation avait été incomplète, les paillettes auraient une couleur verdâtre : ce citrate intermédiaire se conserve parfaitement ; mais il est mal défini, aussi ne mérite-t-il pas une plus grande attention.

Quand le protocitrate de fer est destiné à la préparation du citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque, il n'est pas besoin d'employer du fil de fer coupé ni des pointes fines ; on peut se servir de limaille ou de tournure de fer. En décantant le protocitrate de fer, l'entraînement de quelques parcelles métalliques est ici sans importance, parce qu'après le lavage de ce sel à l'eau bouillante, l'ammoniaque dissoudra rapidement le citrate en laissant le fer métallique indissous, et qu'alors une nouvelle et facile filtration isolera complétement les parcelles métalliques de la solution de citrate. Il ne reste plus, comme il a été dit précédemment, qu'à laisser l'oxydation se compléter à l'air, puis à évaporer sur des assiettes le liquide suroxydé. Ce qui précède montre qu'il est avantageux, surtout quand on opère en grand, de se servir d'un vase de fer métallique, tel qu'une chaudière de fonte. Les parcelles de carbone qui

se mêlent au produit à mesure que le métal est attaqué sont, comme les parcelles de fer métallique, sans aucune influence sur la qualité du produit, puisque la filtration de la solution ammoniacale les élimine radicalement.

Comme pour le tartrate ferreux, l'ébullition de la solution d'acide citrique sur le fer ne doit jamais cesser. On évite ainsi la solidification du produit. Si cet accident arrive, on sépare le liquide acide, on lave le résidu à l'eau bouillante, puis, au moyen de l'ammoniaque, on dissout le citrate ferreux ; le fer métallique, bien lavé à l'eau bouillante, sert à une nouvelle opération.

Le citrate biferreux est un sel dont l'acide est complétement saturé par le protoxyde de fer. Le citrate biferreux n'est pas complétement saturé, puisque l'acide citrique est tribasique ; aussi le dégagement de chaleur produit par l'action de la solution d'ammoniaque sur le tartrate ferreux est-il bien plus considérable que celui qui résulte de l'action de l'ammoniaque sur le tartrate ferreux.

Le citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque absorbe assez facilement l'humidité atmosphérique, aussi donne-t-il des poids variables de sesquioxyde de fer anhydre, si l'on n'a pas pris la précaution de le dessécher exactement.

Parfaitement desséché dans une étuve à eau bouillante, le citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque laisse 27,80,—27,78, — 27,70 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre. J'ai opéré sur des échantillons provenant d'opérations différentes. La formule $C^{12}H^{5}O^{11},Fe^{2}O^{3},AzH^{3}+3HO$ correspond à 27,681 pour 100 de sesquioxyde de fer anhydre. Avec 2 équivalents d'eau, le sel contient 28,57 pour 100 et, avec 4 équivalents d'eau, seulement 26,84 pour 100 de sesquioxyde de fer.

Le procédé de préparation que je recommande n'offre aucune difficulté ; il évite la préparation longue et pénible du sesquioxyde de fer pur, si difficile quand on opère sur de grandes masses, et il donne un produit d'une composition constante et d'une conservation facile, car il est moins hygroscopique que la plupart des produits du commerce.

La solution du citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque résiste bien à l'ébullition ; on peut la concentrer à volonté, car ce sel est soluble dans l'eau en toutes proportions : 1 partie d'eau et 2 parties de citrate donnent un liquide qui n'a même pas la consistance sirupeuse. Cette solution n'est pas cristallisable.

L'alcool à 85 degrés ne dissout que des traces de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque; l'alcool très-concentré ne se colore même pas à son contact et le sel reste pulvérulent au fond du tube. L'alcool, employé dans une proportion suffisante, précipite le citrate de fer et d'ammoniaque de sa solution aqueuse.

Les Pharmacopées de la France (1867), des Etats-Unis (1872) et de la Hollande (1871) font préparer le citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque en dissolvant jusqu'à parfaite saturation de l'hydrate de sesquioxyde de fer dans une solution d'acide citrique; à la solution de citrate de sesquioxyde de fer, on ajoute de l'ammoniaque et l'on évapore à une température qui ne dépasse pas 60 degrés. Le produit sec donne 27 pour 100 de sesquioxyde de fer.

En résumé, ce travail renferme les indications pratiques qui permettent d'obtenir du prototartrate de fer absolument blanc, aussi facile à conserver qu'à administrer aux malades, et un procédé de préparation du tartrate et du citrate de sesquioxyde de fer et d'ammoniaque au moyen des sels ferreux, qui donne un produit d'une composition constante, très-stable et bien préférable au tartrate de potasse et de fer presque exclusivement employé en France. L'analyse de ces produits a été faite avec tous les soins possibles.

Il reste quelques progrès à réaliser pour rendre le protocitrate de fer absolument inaltérable à l'air et à la lumière.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Evacuation d'un épanchement de sang dans l'articulation du genou au moyen de l'appareil de Dieulafoy; guérison.

Monsieur le Rédacteur,

En lisant le rapport de M. Després dans la livraison du *Bulletin de Thérapeutique* du 30 juillet, je me suis souvenu d'un fait que j'ai observé à Mulhouse, où j'habitais encore il y a deux mois, et j'ai pensé que cette observation pouvait n'être pas sans utilité pour l'histoire des ponctions évacuatrices dans les épanchements articulaires du genou. Je vous l'adresse donc tel que mes notes m'ont permis de le rédiger; veuillez, si vous le jugez

digne d'intérêt, le communiquer à vos lecteurs, ainsi que les conclusions que j'ai cru pouvoir en tirer.

Le 24 janvier 1873, je fus appelé auprès de M. F. Dœhler, employé d'une administration à Mulhouse. Ce malade, que je trouvai couché, me raconta que trois semaines auparavant il s'était fait au genou une entorse qui avait été traitée successivement par un de mes confrères au moyen des sangsues, des ventouses, des vésicatoires, d'un appareil inamovible laissé quelques jours en place, et que malgré tout cela le genou était toujours volumineux et l'empêchait de marcher. M. Dœhler craignait de perdre sa place et demandait à être rendu aussi promptement que possible à ses occupations.

Procédant alors à l'examen de la partie malade, je constatai une notable augmentation de volume du genou droit produite par un épanchement intra-articulaire, et s'opposant presque complétement aux mouvements de flexion.

Le malade ne voulait plus entendre parler de vésicatoires. Je n'avais donc, en m'en rapportant aux moyens habituels, à choisir qu'entre la teinture d'iode en applications locales et la ponction évacuatrice à l'aide de l'appareil de Dieulafoy. Pensant arriver plus vite au but proposé en me servant du dernier moyen, le 26 janvier je pratiquai la ponction, assisté d'un seul aide, dont le rôle consista uniquement à exercer avec une de ses mains une pression destinée à tendre la synoviale en faisant saillir cette poche à la face interne de l'articulation.

Je fus très-surpris et passablement effrayé, je l'avoue, de ne retirer que du sang presque pur de ce genou, que je vidai complétement. L'opération terminée, je constatai le contact parfait de la rotule avec les surfaces osseuses fémoro-tibiales, et la similitude extérieure complète des deux genoux du malade.

J'appliquai sur le genou une bande de toile mouillée pour mieux comprimer l'article et la recouvris de compresses trempées dans un liquide résolutif (alcoolature d'arnica et acétate de plomb liquide). Une vessie de glace sans cesse renouvelée fut appliquée, et je recommandai au malade d'observer un repos aussi strict que possible.

Au bout de quarante-huit heures je cessai les applications froides, car il n'y avait eu absolument pas de réaction, et le malade n'avait éprouvé aucune douleur dans son articulation. Le matin du cinquième jour après l'opération, j'enlevai la bande compressive et je constatai que le genou était exactement semblable à celui du côté sain. J'exécutai avec douceur les mouvements de flexion, lesquels étaient possibles dans leur totalité presque complète.

Le sixième jour je fis lever le malade, qui put faire quelques pas dans la chambre. Je constatai alors, dans la station verticale, que les tissus mous qui composent la partie antérieure de l'articulation

retombaient flasquement au-devant d'elle à la manière d'un ballon de caoutchouc crevé. Ce symptôme inquiéta beaucoup le malade, qui marchait d'ailleurs avec une grande hésitation.

Je lui expliquai la cause de ce relâchement en lui faisant comprendre la nécessité pour lui de porter assez longtemps un bandage compressif, et lui recommandai, dans ses premiers essais de marche, de bien prendre garde à ne pas exécuter de rotation du corps sur la jambe droite, et de bien faire mouvoir la jambe et la cuisse droites dans le même plan vertical antéro-postérieur, l'une par rapport à l'autre.

Le malade sortit deux jours après, suivit exactement mes prescriptions, et depuis ce temps son état a été en s'améliorant sans cesse. Je l'ai revu quatre mois et demi après et il vaquait à ses occupations aussi facilement qu'auparavant (1).

De l'observation que je viens de relater, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Etant donné un épanchement hématique dans l'articulation du genou, s'il n'est pas le produit d'une fracture intra-articulaire ni d'une contusion profonde, et s'il a résisté à l'emploi des moyens ordinaires, on pourra l'évacuer à l'aide de l'appareil de Dieulafoy sans craindre le développement d'une phlegmasie articulaire consécutive, surtout si l'on s'entoure de toutes les précautions préventives possibles.

Dans ces conditions, il n'est pas indispensable de chercher à savoir si l'épanchement est séreux ou sanguin, pour tirer de sa nature une induction thérapeutique.

On devra toujours se servir de l'appareil de Dieulafoy, quand on trouvera dans l'évacuation instantanée du liquide épanché un avantage notable au point de vue du retour rapide à l'état normal des fonctions du membre.

Dr Marchal.

Asnières, août 1873.

(1) Cette observation, n'étant pas destinée à être publiée, n'a été rédigée que sur une note privée dans laquelle j'ai omis de constater par chiffres la différence de circonférence des deux genoux, ainsi que la quantité du liquide évacué. Si je consulte mes souvenirs, ce dernier me paraît pouvoir être évalué à 80 grammes.

Application du rétroceps sur la tête, à la suite de la détroncation.

Mon cher Rédacteur,

Cette grave condition de dystocie ne s'est jamais présentée à mon observation. Grâce à l'obligeance de deux de mes excellents confrères, j'aurai cependant la bonne fortune de combler cette importante lacune dans mon *Traité du rétroceps* actuellement sous presse. On va pouvoir se convaincre que, dans ces cas superlativement épineux, il est encore permis de faire fond sur les précieuses qualités du rétroceps.

Le premier fait m'a été communiqué dans une lettre en date du 14 février 1873, que m'a adressée mon sympathique confrère le docteur de Henne (de Bourbourg). En voici les principales circonstances :

Obs. I. *Présentation podalique ; difficultés extrêmes de l'extraction, en rapport avec une affection hydrocéphalique ; détroncation ; application du rétroceps.* — 6 février 1873. Grossesse de sept mois. Invasion du travail, quarante-huit heures. Présentation podalique sacro-iliaque gauche. Extraction immédiate du membre postérieur, puis de l'antérieur. Dégagement jusqu'au nombril. L'enfant est amené jusqu'aux épaules moyennant un grand déploiement de force. Dégagement des plus laborieux des deux bras. Après les plus pénibles efforts, craquement de la colonne vertébrale. La dilatation du col mesure cependant au moins 8 centimètres, et il est impossible de décoiffer la tête. Le doigt, porté très-haut, arrivait à peine jusqu'à l'oreille. Encore une traction, et le corps de l'enfant reste entre les mains de l'accoucheur. « Sur-le-champ, ajoute le docteur de Henne, j'introduis toute la main et je trouve une tête hydrocéphale énorme, la face tournée en arrière. J'applique aussitôt le rétroceps, que j'articule au troisième trou ; j'appuie la main gauche sur le ventre de la mère pendant les tractions. Je sentais la tête rouler sous ma main et arriver dans le petit bassin, la face à la vulve. Le rétroceps était à bout de course. Je le retirai pour laisser reposer la femme. Dix minutes après, un effort d'expulsion chassa la tête et le placenta. Cette tête avait 45 centimètres de circonférence antéro-postérieure. Revue huit jours après, la mère était bien remise de sa couche.

Le second fait m'a été communiqué par le docteur Lory (de la Ferté-Macé). J'en relève les principaux traits dans les notes qu'a bien voulu me transmettre M. le docteur Bignon, appelé le premier à prêter son assistance à la malade.

OBS. II. *Rétrécissement très-prononcé du détroit supérieur ; présentation de l'épaule ; dégagement podalique des plus laborieux ; détroncation ; six applications infructueuses du forceps croisé; insuccès d'une première application du rétroceps ; sa cause ; seconde tentative fructueuse.* — 17 août 1872, dans la soirée. Dixième enfant. Femme petite et trapue. Sur neuf enfants mis au monde, un seul est resté vivant. Six fois elle a été accouchée par la version podalique, deux fois elle l'a été par le rétroceps. Elle est atteinte d'un rétrécissement considérable du diamètre sacro-pubien.

Dans le présent cas, l'enfant se présente par le bras et l'épaule gauches ; la colonne cervico-dorsale fait face à l'angle sacro-vertébral de la mère, la tête repliée en avant, la bosse occipitale sur la symphyse pubienne. Ventre de la mère en procidence antérieure complète. Invasion du travail, trente-six heures : les eaux amniotiques sont sorties. Dilatation complète du col. Cordon ombilical tombé au dehors, avec la main gauche.

Version podalique. Le pied droit est saisi. Tout est tellement à l'étroit que, pendant plus d'une demi-heure, tous les efforts tendant à entraîner le membre pelvien droit sont impuissants. A chaque tentative, le genou droit vient arc-bouter contre la symphyse pubienne, tandis que le pied touche le contour postérieur du détroit supérieur. Enfin ce dégagement est obtenu. Mêmes tentatives sur le second membre pelvien. Après bien des efforts stériles, force est bien d'y renoncer. S'aidant du membre extrait, l'accoucheur s'efforce d'entraîner le siége, puis le membre inférieur gauche. Le tronc sort à son tour, toujours nécessitant de fortes tractions. Dégagement successif des épaules et des deux bras.

Nouvelles difficultés. La tête de ce volumineux enfant (son poids, constaté ultérieurement, était de 10 livres) vient heurter en arrière contre la saillie de l'angle sacro-vertébral, et ne peut franchir le détroit supérieur.

Craignant la détroncation, le docteur Bignon applique trois fois le forceps : trois fois la tête glisse entre les branches.

La détroncation est enfin produite. Trois autres applications de forceps sont tentées sans plus de succès sur cette tête restée seule au-dessus du détroit supérieur. M. Bignon réclame alors l'assistance du seul confrère présent à la Ferté, lequel refuse inhumainement son concours. Ce n'est que le lendemain, à dix heures du matin, que le docteur Lory, de retour dans la nuit, peut venir en aide au docteur Bignon.

Une première application de rétroceps est tentée. Elle échoue par cette raison que, très-élevée, la tête se trouve coiffée par le placenta, lequel détermine le glissement des cuillers. L'instrument est de nouveau mis en place, et après des efforts simultanés très-énergiques, opérés par les deux accoucheurs, cette tête énorme par rapport à un bassin rétréci est entraînée hors des organes maternels.

Une des branches de l'instrument a saisi la tête au niveau de la bosse pariétale droite, qu'elle a fortement enfoncée, en faisant sortir par le trou occipital une certaine quantité de matière cérébrale, faisant quelque peu, dans la circonstance, l'office du céphalotribe.

Dr Hamon.

La Rochelle, août 1873.

BIBLIOGRAPHIE

Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius ou *Histoire de l'action physiologique et des effets thérapeutiques des médicaments inscrits dans la Pharmacopée française*, par M. A. Gubler, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine (section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale), vice-président de la Société de botanique de France (1862 et 1863), de la Société de biologie (1862), de la Société de thérapeutique (1865), président de la Société médicale des hôpitaux (1868); deuxième édition revue et augmentée. Première partie (Substances qui sont employées en nature ou qui figurent dans les formules du Codex). Paris, J.-B. Baillière et fils, 1873.

Commenter le Codex à un point de vue général, c'est reprendre l'histoire botanique, chimique, physiologique et thérapeutique de chaque médicament; travail singulièrement ardu et complexe, qui exige un esprit généralisateur, capable à la fois d'embrasser dans chacune des sciences l'ensemble des faits et de descendre dans leurs détails, sachant distinguer à chaque application les points et rapports nécessaires, les coordonner et les faire converger vers un but commun. A l'honneur de la médecine française, M. Gubler a entrepris cette tâche difficile et a su l'exécuter en maître. Travailleur infatigable, observateur exact, alliant l'expérience au progrès, il occupe un rang éminent par son profond savoir en médecine, en botanique, en chimie même : c'est à cette variété de connaissances que sont dues la clarté des vues, l'exactitude des notions contenues dans cet ouvrage ; c'est aussi ce qui en explique le succès toujours croissant.

Le fascicule qui vient de paraître comprend seulement la première partie; la préface est absente, le plan et le but de ces commentaires ne sont qu'entrevus ; mais les principaux traits n'en sauraient être absolument inconnus à nos lecteurs : le *Bulletin* de 1868

a analysé la remarquable préface de la première édition et s'est attaché à mettre en saillie les idées dominantes de l'auteur.

Dans cette édition nouvelle l'ordre est resté le même. La première section comprend les substances qui sont employées en nature, ou qui figurent dans les formules du *Codex medicamentarius*, et la deuxième contient les substances tirées des minéraux et les produits chimiques. L'auteur range les corps par lettre alphabétique ; il détermine la famille de chacun d'eux, étudie successivement la synonymie, la composition, l'action physiologique, les usages, les modes d'application et les doses. La plupart des articles ont reçu des améliorations ou de nouveaux développements ; il nous suffira d'insister sur les changements introduits dans certains sujets principaux, et de citer quelques exemples.

Par l'observation des faits cliniques, M. Gubler avait reconnu des différences entre l'action de la liqueur d'absinthe et celle de l'alcool, et les attribuait à une matière résinoïde ; aujourd'hui il adopte l'opinion de M. Magnan, et admet comme lui que « l'huile essentielle d'absinthe administrée pure par inhalation pulmonaire, ou bien portée dans le tube digestif, ou encore injectée sous la peau des oiseaux ou des mammifères, donne lieu à un ensemble de symptômes déterminés, toujours semblables à eux-mêmes et très-différents de l'action de l'alcool employé à doses équivalentes et par les mêmes procédés. Tandis que ce dernier agent produit ordinairement une ivresse douce, somnolente ou comateuse, et parfois des convulsions épileptoïdes, l'essence d'absinthe au contraire détermine d'abord une excitation plus ou moins violente, désordonnée et, quand la dose est suffisante, des crises convulsives de tout point comparables à celles de l'épilepsie. De même que dans une attaque de haut mal, on reconnaît à l'éclampsie absinthique quatre stades : convulsions toniques, convulsions cloniques, coma stertoreux et période de retour. »

En parlant de l'asa-fœtida, l'auteur donne les conclusions de Hlasiwitz sur la composition de l'huile volatile de cette plante, la discussion de l'opinion de Vigier qui l'a confondue avec le *laserpitium* de Pline, tandis que les recherches du docteur Laval, faites dans la Cyrénaïque, tendent au contraire à faire supposer que le *silphium* des anciens avait une autre origine. Au moins le plant que ce voyageur a rapporté a été reconnu par M. Gubler comme appartenent au genre *thapsia*. Plus loin, le savant professeur

résume l'histoire encore peu avancée du condurango; d'après ses propres recherches, il arrive à cette conclusion : « que les effets thérapeutiques du condurango ne répondront pas aux espérances de ceux qui avaient cru y trouver une panacée contre les tumeurs malignes de nature cancéreuse. »

Les expériences précises faites sur l'eucalyptus depuis son apparition dans la thérapeutique sont dues, en grande partie, à M. Gubler. Les lecteurs du *Bulletin* connaissent les intéressantes études qu'il y a insérées en 1871 (t. LXXXI) et qui sont aujourd'hui le travail le plus complet qui ait été publié sur ce sujet.

Nous signalerons encore le très-savant exposé de nos connaissances actuellement acquises sur l'action physiologique et les effets thérapeutiques du phosphore qui a été mis dernièrement sous les yeux des lecteurs de ce journal, et enfin une foule d'articles presque nouveaux : ciguë, coca, colchique, ellébore blanc, *veratrum viride*, ergot, huile de foie de morue, opium, quinquina, podophyllum, etc.

Il serait superflu de multiplier les citations et de tenter une plus ample analyse. Pour donner une connaissance même imparfaite de ces Commentaires qui contiennent tant de sujets complexes, de détails divers et d'aperçus nouveaux, il faudrait un espace qui ne saurait nous être accordé; aussi nous nous bornons dans ce compte rendu à indiquer combien cette deuxième édition a reçu d'additions et de perfectionnements.

Au fond, cet ouvrage sans précédent résume un nombre immense de faits, presque tous contrôlés par l'auteur lui-même, et devient ainsi un guide assuré pour tous ceux qui se dévouent au progrès de la science. Dans sa forme, il reflète les divers mérites de l'éminent professeur : lucidité d'exposition, rectitude d'idées, ordre et précision; écrit dans un style qui reste le privilége des esprits bien doués, il est aussi intéressant à lire qu'important à consulter.

Dr E. HARDY.

Des ovaires et de leurs anomalies, par M. le docteur Albert Puech, médecin adjoint du lycée de Nîmes, membre de l'Académie du Gard, de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, de la Société de médecine de Bordeaux, de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Paris, F. Savy, libraire, 1873.

M. le docteur Puech a repris les recherches de M. Chéreau sur les *anomalies des ovaires*, et leur a donné une plus grande extension dans une intéressante monographie de 150 pages, où quatre chapitres sont réservés : 1° *aux variétés anatomiques de l'ovaire* (périodes d'augment, d'état, de déclin) ; 2° aux déplacements congénitaux ou *ectopies;* 3° à l'*état rudimentaire ;* 4° à l'*absence unilatérale ou bilatérale des ovaires.* — A la fin, dans un index bibliographique des observations relatives aux trois derniers chapitres, l'auteur mentionne les sources multiples (au moins cent trente) auxquelles il a puisé ; plusieurs observations lui sont personnelles, entre autres deux d'ectopie lombaire, une d'ectopie inguinale, une enfin d'absence des deux ovaires. — Un appendice de quelques pages comprend deux observations de *grossesse dans un ovaire hernié*, le fait curieux de *kyste ovarien chez un nouveau-né* présenté par M. Lorain à la Société anatomique (1852), et de plus quelques développements sur l'état *fœtal des organes de la génération de la brebis*, sur *l'utérus unicorne*, sur la *menstruation précoce*, sur la *castration chez les femelles domestiques.*

Quant au diamètre de l'organe ovarien pendant la période d'augmentation, l'auteur s'arrête à une conclusion en désaccord avec celle de Cruveilhier, qui a admis, dans les derniers temps de la grossesse, un volume quelquefois double ou triple de celui qu'il présente d'habitude : pour M. Puech, l'exagération du diamètre de l'ovaire chez la femme morte en couches ne doit pas être regardée comme physiologique, mais devrait être plutôt attribuée à l'état puerpéral. Un chapitre tout à fait original est celui qui traite des *conséquences physiologiques de l'absence de l'ovaire.* L'auteur s'élève avec raison contre l'idée du professeur de Berlin, touchant le rôle des ovaires, et qui se résume en ceci : « Enlève-t-on ces organes, on a l'homme-femme dans sa plus laide moitié, aux formes grossières et rudes, aux membres robustes, à moustaches, à la voix rauque, aux mamelles flasques, aux sentiments envieux et égoïstes, au jugement tranchant. » Comment peut-on se ranger à cette opinion adoptée d'abord par Marc, puis par Scanzoni et Foerster, et

admettre que la castration qui enlève à l'homme la vigueur musculaire, la hauteur de la taille, l'ampleur de la voix et le développement de la barbe, produise l'inverse chez la femme? Bien que ce travail porte en plusieurs points des conclusions que nous ne devons adopter qu'avec une grande réserve, il offre de l'intérêt et peut marcher de pair avec ceux de l'*atrésie des voies génitales de la femme* et des *anomalies de l'homme*, qui sont les œuvres du même auteur. Dr Gilette.

Programme du cours complémentaire de physiologie, fait à la Faculté de médecine de Strasbourg (semestre d'été, 1869), par M. H. Beaunis, professeur agrégé d'anatomie et de physiologie à l'ancienne Faculté de Strasbourg, médecin-major de première classe. Paris, J.-B. Baillière, libraire, 1872.

M. Beaunis adresse un dernier hommage à notre pauvre Faculté de médecine de Strasbourg en lui dédiant un programme qui reproduit, dans une centaine de pages, les notes qui lui ont servi, en 1869, à exposer aux élèves de première année une physiologie supérieure à celle que l'auteur appelle *la physiologie de pensionnat*, mais plus élémentaire que celle qui est traitée dans nos livres classiques. Ce programme est aussi complet que peut le permettre une science, sans cesse à l'étude, qui progresse toujours et subit d'année en année de véritables métamorphoses. La première partie traite de la *physiologie générale*, divisée en prolégomènes (matière, force, caractères distinctifs des êtres vivants) et en physiologie histologique (de la cellule et des tissus), où l'école allemande joue naturellement le premier rôle, car à ce propos l'auteur se garde bien de faire la moindre allusion à la *théorie ou doctrine des éléments anatomiques* défendue par le professeur Robin. La deuxième partie comprend : 1° la *physiologie de la nutrition* (sang, digestion, respiration, urination, sécrétion, etc.) ; 2° celle du *mouvement* (travail mécanique, mécanique musculaire, chaleur, électricité, innervation, génération, reproduction) ; 2° celle de la *forme* (développements des types, de l'espèce, de l'individu). En parcourant ce petit volume on sent que le professeur est entraîné à donner plus en réalité qu'il ne le promet modestement dans sa préface ; mais vraiment écrire sur la physiologie, voire même un simple programme, sans citer une seule fois Longet, Gavarret, Béclard, etc., c'est là un *oubli* que nous ne pouvons admettre.

Dr Gilette.

BULLETIN DES HOPITAUX

Ulcérations chancreuses ; phagédénisme ; bons effets d'abord de la poudre d'iodoforme, puis état stationnaire ; pansements avec une solution d'hydrate de chloral ; guérison. — L'action avantageuse qu'exerce l'iodoforme appliqué sur certaines plaies ulcéreuses chroniques, a été plus d'une fois signalée dans le *Bulletin de Thérapeutique* par des observateurs autorisés, MM. Demarquay, Féréol, Besnier, etc. Un des premiers résultats qu'on obtient à l'aide de ce moyen est le soulagement de la douleur; on voit ensuite se produire un travail de cicatrisation généralement assez rapide. Cependant ce dernier effet peut manquer, ou du moins cette heureuse modification peut rester incomplète. C'est ce qui est arrivé dans le cas que nous rapportons ci-dessous (1), où l'on voit un chancre phagédénique arrêté promptement dans sa marche par l'application locale de l'iodoforme, puis demeurant ensuite stationnaire. Heureusement le chirurgien n'est pas resté désarmé dans ce cas; il a pu obtenir la guérison au moyen de la solution d'hydrate de chloral, de cette médication topique nouvellement préconisée par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, et sur laquelle notre très-distingué et laborieux confrère vient de publier ici-même un mémoire que nos lecteurs auront remarqué.

B*** Henri, trente-trois ans, entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Louis, n° 35, le 20 mai 1873. Il raconte qu'un mois avant son entrée, il lui survint à l'aine du côté gauche deux tumeurs, d'abord petites, puis plus volumineuses, peu douloureuses spontanément, mais très-douloureuses au toucher et pendant la marche. Il dit qu'il ignore la cause de l'apparition de ces tumeurs, qui n'étaient autres que des ganglions engorgés ; mais il est probable qu'elle était due à un petit chancre resté inaperçu du malade. Trois jours après l'apparition de ces ganglions, il se forma un petit bouton sur la partie gauche du scrotum ; ce bouton augmenta aussi de volume, acquit bientôt celui d'une noisette, et la peau blanchit. Le bubon fut traité par l'application d'emplâtre de Vigo, et ouvert au sixième jour. Il en sortit beaucoup de sang et très-peu de pus. Quant au bouton, le malade l'ouvrit avec une épingle ; il en sortit du pus. Chacune de ces deux ouvertures donna naissance à une plaie, et ces plaies, au

(1) Observation recueillie par M. H. Petit, externe des hôpitaux.

lieu de se cicatriser, s'agrandirent de jour en jour. Elles devinrent le siége de douleurs tellement vives que le malade était privé de sommeil. Pendant trois semaines, on pansa ces ulcérations avec des cataplasmes, puis avec de la charpie imbibée de vin aromatique et qu'on recouvrait de cataplasmes; on ne put arrêter la marche des ulcérations.

A l'entrée à l'hôpital, l'ulcération inguinale avait à peu près les dimensions suivantes : longueur, 6 centimètres ; largeur, 2 centimètres à la partie moyenne ; profondeur, environ 1 centimètre et demi. Les bords étaient violacés, décollés, le fond grisâtre, mais il n'y avait aucune trace de bourgeons charnus. L'ulcération de la peau du scrotum était presque arrondie, à bords irréguliers, violets et décollés ; elle avait les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Du 20 mai au 4 juin, on panse les deux plaies, plusieurs fois par jour, avec de l'iodoforme en poudre. Les ulcérations cessent dès lors de s'étendre ; elles sont beaucoup moins douloureuses ; le malade peut dormir ; mais il ne se manifeste aucune tendance à la cicatrisation.

Le 4 juin, M. Verneuil, ayant eu connaissance des résultats obtenus par M. Dujardin-Beaumetz dans le traitement de certains ulcères atoniques par la solution d'hydrate de chloral, fait panser les plaies avec la solution suivante :

Eau distillée	100 grammes.
Hydrate de chloral	1 —

On imbibe de la charpie avec cette solution et l'on en remplit les ulcérations. A partir de ce moment, la cicatrisation commence, non par bourgeonnement, mais par épidermisation progressive de la surface ulcérée. Ce travail de réparation est un peu lent, mais il se fait d'une façon continue.

21 juin. On s'aperçoit que le malade, qui se panse lui-même, ne remplit pas exactement les anfractuosités de la plaie du scrotum ; il ne garantit pas bien non plus les parties voisines du contact de la suppuration, d'où production d'une autre petite ulcération au voisinage de la première. Un pansement plus attentivement fait ne tarde pas à en amener la cicatrisation.

Quant à la plaie de l'aine, elle continue à s'épidermiser, et le 30 juin on constate qu'elle est de moitié moins profonde qu'à l'époque de l'entrée ; il reste un sillon d'environ 4 centimètres de long sur 1 de large, recouvert entièrement d'épiderme ; la peau forme au-dessus une sorte de repli dont un des côtés est libre, tandis que l'autre se continue avec la peau de la région inguinale. B*** gardera les traces indélébiles du chancre mou inguinal.

Il est sorti guéri de l'hôpital.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Sur un procédé modifié de résection de la mâchoire inférieure. M. le professeur Verneuil a publié en 1871 un mémoire sur les moyens propres à prévenir, dans les opérations pratiquées sur la face, la pénétration du sang dans les voies respiratoires et digestives, moyens consistant essentiellement dans le tamponnement préalable des fosses nasales (1).

Depuis la publication de ce mémoire, M. Verneuil a été à même d'observer des faits qui l'ont conduit à proposer un procédé opératoire modifié pour les opérations sur le maxillaire inférieur. Ce procédé se trouve décrit dans les lignes suivantes, résumé d'une communication à la Société de chirurgie.

Un malade déjà âgé avait une hyperostose de la branche horizontale de la mâchoire depuis quinze ans. Sa santé était bonne d'ailleurs ; la tumeur, qui avait le volume des deux poings, allait en arrière jusqu'à l'arrière-gorge ; la langue, fortement soulevée, était appliquée sur la voûte palatine. Le malade étant endormi, incision sur le bord inférieur de la mâchoire d'un masséter à l'autre ; dissection jusqu'à la muqueuse exclusivement; les deux angles de la mâchoire sont mis à nu ; et en ces points de chaque côté, de dehors en dedans, M. Verneuil introduit une sonde cannelée et perfore la muqueuse en deux endroits seulement, pour conduire une scie à chaîne avec le stylet aiguillé. Pour isoler la tumeur de la base de la langue, on place une chaîne d'écraseur au moyen d'un trocart courbe; on agit de même pour détacher la face supérieure de l'exostose d'avec la langue, en avant. La tumeur ne tenait plus que par le cul-de-sac de la muqueuse buccale; avec des ciseaux on la détache. A peine quelques gouttes de sang avaient-elles pénétré dans la bouche.

Depuis, M. Verneuil a appliqué le même procédé à d'autres opérations sur le maxillaire inférieur. Incision courbe à l'extérieur, sur le bord inférieur du maxillaire ; dissection jusqu'à la muqueuse ; dissection de la lèvre inférieure de l'incision ; ponction afin de passer la scie à chaîne et scier l'os ; la cavité buccale n'est ouverte qu'en dernier lieu en coupant la muqueuse avec des ciseaux.

Sur la mâchoire supérieure, M. Verneuil a fait des résections partielles en conservant la voûte du palais; dans ces cas, tamponnement préalable des fosses nasales, à moins que la tumeur ne bouche la narine. Dans la désarticulation totale du maxillaire supérieur, réserver la section de la voûte palatine pour le dernier temps opératoire.

M. Verneuil a fait le tamponnement préalable une douzaine de fois; les malades respiraient toujours bien, malgré le chloroforme; d'ailleurs il ne tamponne qu'une narine, et même souvent cette narine est bouchée par la tumeur; seulement il faut avoir soin de tenir la bouche ouverte et la langue en dehors. La chloroforme a un grand avantage ; en effet, lorsque les malades crient, l'hémorrhagie devient plus considérable. Ce n'est pas la grande quantité de sang qui doit préoccuper le plus, c'est la pénétration du sang dans les voies digestives et respiratoires. (Séance du 2 juillet.)

Sur les propriétés nutritives et lactigènes du galega officinalis. Ce qui suit est l'extrait donné par l'auteur, M. Gillet-Damitte, d'un mémoire qu'il a présenté à l'Académie des sciences, dans sa séance du 7 juillet dernier.

Dans ce mémoire, M. Gillet-Damitte indique d'abord le rendement agricole de la plante comme fourrage, sa vigueur et sa valeur nutritive, qui est de 55 pour 100 supérieure au foin de pré prototype. Il cite les détails d'expériences tendant à prouver que le bétail accepte ou s'habitue à accepter ce fourrage pour sa nourriture. D'une analyse du *galega* sec, opérée par M. Gaucheron, professeur de chimie agricole à Orléans, et des données de

(1) Voir ce mémoire dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXXX, p. 341.

Sprengel sur les principes constitutifs du lait de vache, il conclut que le *galega*, contenant tous les éléments propres à former de bon lait, cette plante doit être lactigène. Il indique diverses expériences faites sur des vaches nourries exclusivement de galega. En vingt-quatre heures, ces vaches ont donné, les unes 33 pour 100 de lait de plus que les vaches nourries d'herbes de même poids; les autres environ 50 pour 100 en plus. L'auteur indique enfin les résultats obtenus par l'administration du galega, soit à l'état naturel, en salade, soit à l'état de sirop à des nourrices dont le lait commençait à tarir.

Dans la même séance, M. Bourgeois a adressé un certain nombre d'observations faites d'après les instructions de M. Gillet-Damitte pendant le siége de Paris ou à la suite du siége, et tendant à confirmer l'efficacité du galega comme lactigène. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences.*)

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des fièvres intermittentes par l'eucalyptus. M. le docteur Castan a déjà publié l'an dernier un intéressant mémoire relatif à l'action fébrifuge de l'*eucalyptus globulus;* nous en avons fait connaître les conclusions dans notre tome LXXXIII.

Notre savant confrère a depuis repris cette importante étude. De même que l'année précédente, c'est sur les fièvres d'automne, plus tenaces que celles de printemps, que son expérimentation a porté, et les résultats qu'il a obtenus se montrent plus favorables que les premiers ; car, tandis que pour 1871 il annonçait 15 guérisons sur 27 cas, ou environ la moitié, en 1872 il a compté 33 guérisons sur 44 cas, c'est-à-dire les trois quarts. Il est bon de noter qu'au lieu des feuilles ou de la poudre, c'est l'extrait qui a été employé dans les dernières expériences cliniques, à une dose variant de 40 centigrammes à 3 grammes. (*Montpellier médical*, juin 1873).

Cette proportion de 33 guérisons sur 44 cas est certainement digne d'être prise en grande considération. Elle ne paraît pas être cependant à l'abri de toute objection. Il importe de remarquer que le médicament a été donné aux malades pour ainsi dire dès leur entrée à l'hôpital, aussitôt le premier accès constaté, et plus d'une fois, sinon toujours, après l'administration d'un vomitif.

Or, indépendamment de cette dernière circonstance qui est loin d'être indifférente, on sait que le changement de milieu suffit souvent à amener la cessation des accès dans un temps assez court, sans l'intervention d'aucun agent médicamenteux. C'est là un point important que M. le docteur Burdel, dont la compétence dans la question des fièvres paludéennes, ne saurait être mise en doute, avait eu soin de rappeler dans une lettre sur l'eucalyptus que nous avons l'an dernier communiquée à nos lecteurs (1).

Certes ce serait une chose précieuse que l'eucalyptus fût doué de propriétés qui en fissent un succédané effectif du quinquina. Mais pour que le praticien soit assuré d'avoir un tel médicament entre les mains, il faut que rien dans les expériences entreprises ne puisse laisser place à l'incertitude. Une chose nécessaire aussi dans cette étude qui se fait de l'eucalyptus, c'est que les expériences puissent toujours être contrôlées, répétées dans les conditions mêmes où elles ont été faites; pour cela il faudrait que chaque expérimentateur prît soin de spécifier très-exactement les conditions de son expérimentation, et parmi ces conditions celles qui se rapportent au médicament : provenance de l'eucalyptus, parties employées, formes pharmaceutiques, etc.

Prophylaxie du phimosis. M. le professeur Trélat conseille d'opérer les prépuces simplement étroits qui, tout en permettant un fonctionnement suffisant, favorisent cependant la balanite, le paraphimosis, et sont cause d'accidents s'il survient des maladies vénériennes.

A quel âge convient-il d'opérer le

---

(1) Voir *l'Eucalyptus en Sologne*, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXXXIV, p. 409.

phimosis? La question ne se pose guère que par la nécessité à des âges déterminés, chez des enfants très-jeunes, et plus tard, lorsque les fonctions génitales sont mises en œuvre. On n'opère guère que les enfants de trois à sept ans et ensuite les hommes de dix-huit à vingt-cinq ; on pourrait faire une troisième période avec le cas de ces vieillards tourmentés par d'anciennes balanites.

Chez les jeunes enfants, il ne faut opérer que dans le cas de phimosis très-prononcé ; s'il y a des balanites urineuses il faut opérer encore; il faut opérer aussi dans les cas d'habitudes de masturbation. Mais, en dehors de ces cas d'urgence, il faut rejeter l'opération à une époque éloignée où l'opération sera infiniment plus simple et où elle guérira beaucoup mieux sur un malade raisonnable.

Dans les opérations de phimosis il faut distinguer deux sortes d'opérations distinctes : l'une est la circoncision, elle opère par retranchement, elle supprime une partie exubérante du prépuce ; l'autre est l'opération du phimosis proprement dite, elle est destinée à résoudre l'étroitesse du prépuce.

C'est à la première surtout que se rapporte la foule des procédés et instruments inventés pour le phimosis. On peut diminuer le prépuce de toutes les façons, et parmi les instruments, les deux pinces de M. Panas sont d'un usage fort commode.

Pour faire l'incision de tout le limbe préputial, M. Trélat emploie un quelconque des procédés. Pour l'étroitesse du prépuce, qu'il faut, selon lui, toujours guérir par une opération, M. Trélat conseille toujours une opération radicale ; si on ne la fait pas immédiatement ainsi, on est souvent obligé de venir à une seconde opération, ce qui mécontente à juste titre le patient. Pour cela faire, il incise tout le limbe préputial sur le dos jusqu'à la racine du gland, puis il excise les deux oreilles ainsi formées à peu près à 1 centimètre du bord du gland. Il procède ensuite à l'application de serres-fines, le point le plus délicat et le plus important de l'opération. Il faut absolument prendre le plus grand soin d'affronter les surfaces saignantes et d'éviter l'enroulement de la peau. Les serres-fines doivent être multipliées, mais doivent rester peu de temps en place. Elles doivent être enlevées toutes ou presque toutes dans les vingt-quatre premières heures, et si on les laisse pendant trente-six heures, il faut se défier du sphacèle qui se manifeste assez souvent sous l'extrémité des mors des instruments. (*Journ. de med. et de chir. prat.*)

Deux cas de tétanos guéris par la névrotomie. On ne peut nier l'utilité de la section ou de la résection des nerfs dans certains cas de tétanos traumatique, mais il faut tenir compte des conditions qui indiquent l'opération. Il faut qu'on s'appuie sur une série de symptômes qui permettent de reconnaître au tétanos une cause locale, et, en outre, de pouvoir préciser quel est le nerf qui est lésé. Les deux faits suivants suffiraient, pour démontrer la possibilité d'une intervention raisonnée que le succès a consacrée; c'est pourquoi nous les analysons.

Dans le premier cas, il s'agit d'un tétanos traumatique consécutif à un écrasement des quatrième et cinquième orteils; le neuvième jour, les symptômes du tétanos apparaissent. Le professeur Rizzoli découvrit dans la plaie un filament blanchâtre qu'il reconnut comme un nerf; en le touchant, on produisait une douleur intense suivie de convulsions tétaniques. Ce filament nerveux fut excisé, et la douleur cessa dans toute la région; les muscles convulsés se relâchèrent, les convulsions toniques devinrent de plus en plus rares, et seize jours après la névrotomie, la guérison fut complète. Le nerf, examiné au microscope, présentait des dilatations dues à l'inflammation du névrilème.

Dans le second cas, un homme avait reçu un coup de feu dans l'avant-bras gauche. La balle, après avoir dilacéré les muscles de la région antérieure, s'était logée sous la peau, près de l'articulation du coude. Le huitième jour, il y eut une hémorrhagie de l'artère brachiale qui nécessita la ligature de ce vaisseau. Deux jours plus tard, un abcès fut ouvert au pli du coude, et huit jours plus tard apparurent des convulsions tétaniques dans le bras, puis dans tout le corps. Le docteur Martinelli pratiqua l'excision du nerf musculo-cutané, et en trois jours les

symptômes tétaniques avaient disparu.

Nous ajoutons une dernière réflexion : les cas où l'on peut songer à la resection ou à la section du nerf sont ceux dans lesquels il existe une douleur locale très-intense, où l'on observe une sorte d'aura, ayant son origine au niveau du traumatisme ; enfin ceux dans lesquels on peut présumer, par le siége de la lésion, une altération des nerfs, et préciser le tronc nerveux accessible à l'opération répondant aux branches qui sont le siége de la lésion. (*Gazetta medic. Ital.* et *Gaz. hebd.*, 1873, nº 31.)

Nouveau mode de pansement des vésicatoires. Dans les cas de névralgies, on est souvent obligé d'avoir recours aux vésicatoires volants morphinés. Le vésicatoire morphiné a un double effet : il agit d'abord comme révulsif, puis par l'absorption du narcotique. Le lendemain on panse le vésicatoire avec la morphine. Mais quand la surface commence à se sécher, s'il est nécessaire d'agir contre la douleur persistante, on ne peut plus employer le sel de morphine qui ne serait plus absorbé. Il faut donc attendre et appliquer un nouveau vésicatoire. — Notons cependant qu'en prenant le soin d'enlever la fausse membrane qui se forme sur la surface dénudée, on peut panser un vésicatoire avec la morphine plusieurs jours de suite.

Quoi qu'il en soit de cette remarque, M. Joulin a recours en pareil cas à des applications de laudanum deux ou trois fois par jour, au moyen d'un pinceau ; il continue ces applications, si cela est nécessaire, jusqu'à complète cicatrisation. Pour tout pansement, il fait recouvrir la région avec une toile gummée, sans l'enduire d'aucun corps gras. Sur la peau normale le laudanum n'est pas absorbé ; il n'en est pas de même sur la surface d'un vésicatoire, même en voie de cicatrisation. La peau absorbe alors assez énergiquement pour produire du narcotisme. Le laudanum de Rousseau possède naturellement, à ce point de vue, une action plus énergique que celui de Sydenham. Quand on fait les applications de laudanum au premier pansement qui suit la levée du vésicatoire, la douleur n'est pas plus vive qu'avec le chlorhydrate de morphine, et elle ne se produit pas quand la surface de l'exutoire a perdu l'inflammation du début.

En résumé, ce mode de pansement permet d'utiliser l'action narcotique de l'opium pendant plusieurs jours après que le chlorhydrate de morphine n'est plus utilisable en raison de sa non-absorption.

Des expériences récentes ont prouvé que les substances liquides sont peu ou point absorbées quand la peau est intacte. Il n'en est pas de même lorsqu'elle est le siége d'une vive irritation. Si l'on emploie le pansement laudanisé sur des points énergiquement rubéfiés par un sinapisme, l'action du narcotique, moins énergique qu'après le vésicatoire, est encore cependant très-manifeste. (*Gaz. de Joulin*, 1er janvier.)

Epicanthus bilatéral ; opération. M. Huidiez a communiqué à la Société de médecine du département du Nord l'observation suivante d'épicanthus interne bilatéral :

Le 31 juillet, une petite fille de deux ans, Adélaïde D***, fut amenée à ma consultation. Elle présentait une difformité congénitale de l'angle interne des paupières.

La peau de l'angle interne formait un repli vertical, falciforme, dont la concavité ou bord libre était tournée en dehors. Les deux extrémités se confondaient avec la peau de la paupière supérieure et de la paupière inférieure. Ce repli avait à peu près un centimètre de largeur, cachait la caroncule lacrymale et la partie interne de la conjonctive bulbaire ; son bord concave était tangent à la partie interne de la circonférence de la cornée. La disposition était identiquement la même des deux côtés. Il faut noter que la racine du nez était très-peu saillante. Ces replis disparaissaient quand on attirait en avant la peau de la racine du nez dans une étendue équivalente à celle des valvules anormales. C'était un cas type de cette difformité si bien décrite dans le mémoire sur l'*épicanthus* publié dans l'*Union médicale* de 1851, par M. Sichel.

Le 4 août, je pratiquai l'opération par le procédé de von Ammon. La petite malade étant chloroformée, je soulevai entre le pouce et l'index de la main gauche un pli de la peau de la

racine du nez, et j'attirai ce pli en avant jusqu'à ce que les valvules anormales fussent complétement effacées. Je dessinai à l'encre la base de ce repli, puis j'enlevai avec un bistouri le lambeau ovalaire ainsi circonscrit. Je réunis les bords de la plaie par une suture entortillée. Contre mon attente, il y eut très-peu de gonflement. La moitié inférieure de la plaie se réunit par première intention. L'angle supérieur suppura légèrement. Le 8 août, la difformité a complétement disparu.

Cette observation est intéressante, tant parce que l'épicanthus constitue une difformité qu'on a rarement l'occasion d'observer, qu'en raison du mode opératoire mis en usage pour y remédier et du succès qui l'a suivi. (*Bull. méd. du nord de la France*, sept. 1872.)

L'acide cyanhydrique comme agent thérapeutique dans le delirium tremens. L'opium sous ses diverses formes, la digitale, la belladone ont été mis à contribution dans le traitement du delirium tremens; mais ils ne répondent pas à toutes les indications et ils peuvent n'être pas sans inconvénients, soit par leur accumulation, soit par une influence sur quelque disposition idiosyncrasique. D'après l'auteur, dont nous analysons ici le travail, le docteur Daw, il n'est pas d'indications auxquelles l'acide cyanhydrique ne satisfasse. Il apaise l'irritation de l'estomac ordinaire chez les malades dont il s'agit, et arrête les nausées et les vomissements; il calme l'excitation nerveuse et par là tend à ramener le sommeil; il modère également l'action du cœur. Il a l'avantage d'agir promptement, ne donne lieu à aucun effet d'accumulation et est pris facilement par le plus grand nombre des sujets.

Le docteur Daw dit y avoir eu recours avec les résultats les plus satisfaisants. Il l'emploie d'ordinaire combiné avec le carbonate de potasse, l'éther chlorique et une mixture camphrée, à la dose de 1, 2 et 3 *minims* de la solution officinale. (1 minim = 0,059 de millilitre), toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant la gravité du cas; on peut aussi retirer quelque avantage d'ajouter quelquefois soit 3 ou 4 grains de carbonate d'ammoniaque, soit quelques *minims* d'esprit d'ammoniaque composé.

Le malade, en même temps, doit être nourri par l'administration du thé de bœuf, du lait, etc., du vin ou d'un autre stimulant alcoolique en une quantité que le médecin aura à déterminer, variable pour chaque sujet, mais qui doit être aussi faible que possible. Dès que par ce traitement les symptômes les plus intenses ont cédé, l'appétit est promptement rétabli au moyen de l'acide nitrique dilué et de la décoction de quinquina. (*British Med. Journ.*, mai 1873.)

Action physiologique du seigle ergoté, importante au point de vue obstétrical. Dans le compte rendu des autopsies d'individus ayant succombé à l'ergotisme on trouve habituellement signalée une réplétion considérable de la vessie ; on la considère comme un fait de rétention déterminée par l'action du poison sur le sphincter vésical. De là l'emploi thérapeutique de l'ergot de seigle dans les incontinences d'urine tenant à une paralysie du sphincter. Sur des animaux empoisonnés par le seigle ergoté, le docteur A. Wernich a pu s'assurer que la vessie est de nouveau très-rapidement distendue après un cathétérisme préalable.

L'accumulation de l'urine ne tient donc pas à la rétention de ce liquide, mais à l'exagération de la sécrétion urinaire elle-même. Cette exagération est due sans doute à l'augmentation de la pression sanguine déterminée par l'ergotine. L'auteur relate quelques observations de dystocie ou plutôt de retard dans l'expulsion du fœtus, résultant d'une distension énorme et rapide de la vessie à la suite de l'administration du seigle ergoté ; le cathétérisme pratiqué à peine quelques heures auparavant faisait croire à la vacuité de la vessie. De là, le conseil de procéder souvent au cathétérisme lorsque l'on a eu recours à l'emploi du seigle ergoté. (*Centrabl.*, 1870, n° 25, et *Revue des sc. méd.*, t. II, n° 1.)

Méningite syphilitique : bons effets de l'iodure de potassium. Cette observation, relatée par M. Poncet, interne des hôpitaux de Lyon, comporte quelques réserves. Elle se rapporte à une femme syphilitique atteinte depuis cinq jours d'accidents cérébraux : douleurs cé-

phaliques constantes, contraction des muscles de la nuque, pupilles dilatées, face alternativement rouge et décolorée, parole lente, gémissements, contracture des membres, vomissements. Le pouls était de 88-92; la température normale.

Au huitième jour de la maladie, un traitement mixte fut institué par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes. Ce dernier médicament fut seul continué au bout de deux jours; une amélioration rapide fut obtenue.

La suppression du traitement ramena les douleurs, que l'iodure de potassium calma de nouveau. La malade quittait l'hôpital au bout de dix-huit jours, complètement guérie.

Malgré son intérêt, cette observation laisse quelques doutes sur la nature de la lésion. Nous n'y voyons pas ces oscillations de température qui caractérisent le début de la méningite. Néanmoins, qu'il s'agisse d'une affection cérébrale ou méningite, la rapidité d'action de l'iodure de potassium est remarquable. (*Ann. de derm. et de syph.*, et *Gaz. hebd.*, 1873, nº 29.)

VARIÉTÉS

Choléra. — Nos confrères savent que le choléra a fait, dans ces derniers mois, une nouvelle invasion en Europe. Il s'est montré à Saint-Pétersbourg, à Berlin, à Varsovie, à Hambourg, etc.; mais c'est à Vienne qu'il paraît avoir sévi avec le plus d'intensité. Dans ces derniers temps il s'est rapproché de nous, puisqu'on a constaté sa présence à Londres. La France, toutefois, en était restée exempte jusqu'ici. Il paraît qu'il n'en serait malheureusement plus de même : d'après des renseignements publiés par la *Gazette hebdomadaire*, on en a observé, depuis le 16 août, des cas assez nombreux au Havre. Nous avons donc à craindre de voir le fléau s'étendre peut-être à d'autres points de notre pays, et il y a lieu de prendre les précautions sanitaires que suggère l'expérience des épidémies précédentes. Il serait dangereux de céler de tels faits ; c'est pourquoi nous nous faisons un devoir de les porter à la connaissance de nos lecteurs d'après la source sérieuse d'information que nous venons de citer.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Soubeiran, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé contrôleur du matériel de la Faculté en remplacement de M. Samson, décédé.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Grasset est institué chef de clinique médicale près cette Faculté.

Ecole de médecine de Reims. — Par suite de la transformation de plusieurs chaires, sont nommés : professeur de physiologie, M. Decès ;

— professeur d'anatomie descriptive, M. Doyen ; — professeur de thérapeutique, M. Maldan ; — professeur d'histoire naturelle médicale, M. Lemoine ; — professeur adjoint de pathologie externe, M. Luton ; — suppléant pour les chaires de médecine, M. Henrot.

Ecole de médecine d'Alger. — Un *concours pour la place de prosecteur d'anatomie* sera ouvert le 3 novembre prochain.

Association française pour l'avancement des sciences. — Comme nous l'avons annoncé, la deuxième session de cette association s'est ouverte à Lyon le 21 août, sous la présidence de M. de Quatrefages. Une grande affluence de savants se pressait à cette séance d'ouverture. Nous aurons sans doute à analyser quelques-unes des communications qui seront faites.

Le Congrès médical de Londres a adopté, par acclamation, la proposition faite par le comité de nommer membres honoraires les docteurs Ricord et Demarquay, qui, par leur présence et leurs discours, avaient puissamment contribué à l'intérêt du meeting tenu en 1872 à Birmingham.

Hôpitaux et hospices de Paris. — M. le docteur Ricord est nommé chirurgien consultant de la Maison municipale de santé, en remplacement de M. Denonvilliers.

Ecole de pharmacie de Montpellier.— M. Th. Malosse est nommé préparateur, en remplacement de M. Barbast, démissionnaire.

Inspection des eaux minérales. — Par arrêté du 21 juillet, M. le docteur Grenier a été nommé médecin-inspecteur des eaux de Bagnères de Bigorre, en remplacement de M. le docteur Subervic, démissionnaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un très-honorable médecin de Lyon, le docteur Jacques Bonnet, qui fut pendant plusieurs années secrétaire général de l'Association des médecins du Rhône.

On annonce aussi la mort : — en Angleterre, du célèbre accoucheur Tyler Smith, et de J. Jordan, fondateur de l'Ecole de médecine de Manchester ; — au Brésil, du docteur Wucherer, à qui est due la découverte de l'*ankylostome duodénal* comme cause de l'hypoémie, si fréquente sous les tropiques. (*Un. méd.*)

Académie de médecine. *Prix proposés pour l'année* 1874 :

Prix de l'Académie (1 000 fr.). — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la physiologie expérimentale.

Prix fondé par M. le baron Portal (2 000 fr.). — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique.

Prix fondé par M. le docteur Capuron (1 000 fr.). — L'Académie décernera ce prix au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet quelconque d'obstétrique.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux (900 fr.). — Question : « Du rôle du système nerveux dans la glycosurie. »

Prix fondé par M. le baron Barbier (2 000 fr.). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard (1 000 fr.). — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix fondé par M. le docteur Orfila (2 000 fr.). — La question suivante est mise au concours : « De l'aconitine et de l'aconit. »

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison (2 000 fr.). — Question posée par le fondateur : « Etablir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » — Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1 500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. le docteur Falret (1 000 fr.). — Question posée : « De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie. »

Les mémoires pour les prix à décerner en 1874 devront être envoyés, sans exception aucune, à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier et Amussat sont exceptés de cette dernière disposition.

SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE. *Association française contre l'abus des boissons alcooliques.* — Cette Société vient d'arrêter les sujets qu'elle se propose de décerner en 1874 et 1875 ; en voici le programme :

Prix à décerner en 1874.

Première question : Déterminer à l'aide de l'analyse chimique, de l'observation clinique et de l'expérimentation, les analogies et les différences qui, sous le double rapport de la composition et des effets sur l'organisme, existent entre l'esprit de vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs.

Le prix sera de 1 500 francs.

Les deux ordres de faits très-distincts qu'embrasse cette première question pourront être traités isolément.

Deuxième question : Conseils au peuple sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques et les avantages de la tempérance.

Le prix sera de 500 francs.

Prix à décerner en 1875.

Première question : Montrer, par des recherches statistiques circonscrites à un arrondissement ou à un canton et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

Deuxième question : Etude comparée des législations relatives aux débits de boissons dans les divers Etats de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

Troisième question : Etudier les associations coopératives de consommation qui existent en France, les causes qui en ont jusqu'à ce jour restreint l'extension, et les avantages qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

Quatrième question : De l'organisation de centres de réunion pour les ouvriers des villes et des campagnes, et de leur utilité au point de vue de la tempérance.

Pour chacune de ces quatre dernières questions, le prix sera de 500 francs.

Le programme détaillé de ces divers sujets de prix a été publié pour la première question (prix de 1874) dans le numéro 1 des *Bulletins* de la Société et pour les cinq autres dans le numéro 3.

Nota. Les mémoires écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs devront être envoyés à M. le docteur Lunier, secrétaire général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, à Paris, pour les prix de 1874, avant le 1er janvier de la même année, et pour ceux de 1875 avant le 1er décembre 1874.

Le Secrétaire général, D. Lunier.

Le Président, Hippolyte Passy.

Prix Aubanel. — La Société médico-psychologique de Paris décernera, au mois d'avril 1875, le prix Aubanel, de la valeur de 2400 francs, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « Des troubles de la sensibilité générale dans les diverses variétés du délire mélancolique, et plus spécialement dans le délire hypochondriaque et dans le délire de persécutions. »

Les mémoires devront être adressés, dans la forme académique, à M. le docteur Motet, secrétaire général, rue de Charonne, 161, à Paris, avant le 31 décembre 1874 (terme de rigueur).

Le Parnasse médical français, ou *Dictionnaire des médecins poëtes de la France,* par M. le docteur Chéreau. — Cet ouvrage, qui formera un volume de 600 pages environ et dont le prix sera de 6 francs, est terminé et prêt à être livré à l'impression. L'auteur a besoin de s'assurer un nombre suffisant de souscripteurs pour couvrir, en partie du moins, les dépenses. Les médecins et les pharmaciens qui seraient dans l'intention d'encourager un travail destiné à montrer la profession sous un jour aussi peu connu que peu apprécié, sont priés d'adresser leur adhésion à M. le docteur Chéreau, *rue de Bruxelles, 23, à Paris.*

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur une manière simple et commode de faire rendre le tænia (1);

Par M. le docteur A. Laboulbène, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker, etc.

§ II. On éprouve des difficultés pour faire rendre le tænia.

A. Les difficultés pour l'expulsion du ver plat sont de plusieurs sortes. Vous avez déjà vu que, même avec la sortie facile et en bloc, il ne faut pas craindre de donner une ou deux doses d'huile de ricin, et cela rapidement. Voici d'autres exemples où cette conduite a été indispensable et où sans elle l'expulsion n'aurait pas été obtenue. Dans l'observation X, le malade a dû tirer sur le ver pour l'amener au dehors. Cette première difficulté n'est pas la plus sérieuse.

Obs. VIII. *Tænia solium : vertiges, gastralgie, troubles de la vue, démangeaisons nasales et anales; fragments de tænia dans les garde-robes ; administration de l'écorce de racine de grenadier, puis d'huile de ricin; pas d'envies de garde-robe; deuxième dose d'huile de ricin ; expulsion.* — S*** (Caroline), âgée de quarante ans, couturière, entrée à l'hôpital Necker le 6 juillet 1872, salle Sainte-Thérèse, n° 11.

Cette malade se présente à la consultation en apportant des morceaux de ver qu'elle rend par l'anus. On reconnaît des cucurbitins de tænia.

Entrée au service, elle nous dit que depuis plusieurs années son appétit est capricieux, très-inégal.

Depuis trois mois elle souffre de maux de tête, de vertiges, qui ont augmenté d'une manière très-sensible surtout depuis un mois. En même temps, elle a éprouvé des douleurs à l'épigastre, de l'irritation nerveuse, des digestions difficiles, quelques envies de vomir, mais pas de vomissements; elle a de temps à autre des douleurs vives dans l'abdomen avec coliques et diarrhée.

Depuis trois mois encore et avec ses vertiges, la malade éprouve des troubles de la vue, de l'obnubilation.

Depuis plusieurs années, la malade a ressenti de fréquentes démangeaisons au nez, autour de la bouche et au fondement.

---

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

Enfin depuis vingt jours elle s'est aperçue qu'elle rendait par l'anus des fragments de ver rubané et blanc.

Comme antécédent, la malade dit qu'elle est d'une bonne santé habituelle et qu'elle est bien réglée; elle est d'une constitution délicate, mais non mauvaise.

Elle a eu cinq enfants: trois sont morts; un d'eux a rendu des vers cylindriques en grande quantité jusqu'à l'âge de quatre ans.

Comme régime alimentaire, la malade indique qu'elle a souvent mangé de la charcuterie cuite à Londres, où elle a séjourné plusieurs années et d'où elle est partie il y a seulement deux mois pour venir demeurer à Paris.

Elle a mangé aussi autrefois de la charcuterie de Milan et du cœur de veau en Italie (cette femme est Italienne).

Dans les jours qui suivent l'entrée à l'hôpital, la malade rend encore dans ses garde-robes des fragments de tænia.

Le 14 juillet on prescrit :

Ecorce de racine sèche de grenadier du Portugal, 60 grammes. Faire macérer dans deux verres d'eau pendant vingt-quatre heures, puis réduire par ébullition la liqueur à une verrée. Prendre en deux fois, le matin à jeun, et à un quart d'heure d'intervalle.

On administre, un quart d'heure après, 30 grammes d'huile de ricin.

La malade n'ayant pas éprouvé de besoin d'aller à la selle une demi-heure après l'administration du purgatif, on prescrit aussitôt et de nouveau : huile de ricin, 30 grammes.

Deux heures après, la malade rend un paquet de tænia qui, recueilli dans de l'eau tiède, présente des mouvements manifestes et on distingue la tête.

Sur les anneaux la disposition des organes génitaux et de leurs orifices externes permet de constater que c'est un *tœnia solium* ordinaire.

Vue au microscope, la tête présente une magnifique couronne de crochets et des ventouses bien visibles. On a bien là un *tœnia solium* ou armé.

La malade quitte l'hôpital le 21 juillet sans avoir de nouveau rendu des fragments dans ses garde-robes. Cette femme se présente de nouveau à la consultation une semaine après. Elle n'a pas rendu de nouveaux fragments. Elle se plaint de faiblesse et de dyspepsie.

Il lui est prescrit un régime tonique (amers, quinquina, ferrugineux).

Obs. IX. *Tœnia mediocanellata : démangeaisons au nez et à l'anus; boulimie; vertiges; cucurbitins rendus involontairement; expulsion par l'écorce de racine de grenadier et trois doses d'huile de ricin.* M*** (Joseph), âgé de trente-quatre ans, journalier, né à Vachères (Haute-Savoie), est entré à l'hôpital Necker le 24 janvier 1873, salle Saint-André, n° 5.

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1863, époque à laquelle, par suite d'excès alcooliques, il eut une rétention d'urine, dont il guérit promptement.

En 1868, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui dura près de deux mois, débutant par les épaules, les coudes, les poignets, et gagnant aussi les genoux et les pieds.

Le malade ne peut donner de renseignements sur l'état du cœur à cette époque ; actuellement, les bruits sont normaux.

Depuis 1868, sa santé n'avait pas cessé d'être bonne, lorsqu'il y a six mois, il fut pris de démangeaisons violentes au nez et à l'anus. Un médecin lui prescrivit le semen-contra sans résultat.

Son appétit était considérablement augmenté, il mangeait jusqu'à 3 et 4 livres de pain par jour, c'est-à-dire le double de sa ration habituelle. Il ressentait, en outre, des coliques accompagnées de gargouillement, de maux de tête, de vertiges.

Au bout de quatre mois, c'est-à-dire il y a deux mois environ, après une grande fatigue, le malade rendit une quarantaine de cucurbitains qui s'échappaient malgré ses efforts pour les retenir. Depuis, il continua chaque jour à en rendre trois ou quatre par jour, soit spontanément, soit en allant à la selle, et surtout lorsqu'il était très-fatigué.

Le malade mangeait rarement de la charcuterie et ne se souvient d'avoir consommé que des saucisses : il n'y a donc rien de bien probant sur l'origine de son affection vermineuse.

Le mercredi 22 janvier, après une indisposition légère de trois ou quatre jours, causée par une fatigue excessive, le malade rendit un fragment de ver ayant environ 1 mètre de longueur. Depuis lors, il ne rendit plus de cucurbitins. D'après l'examen de ce long fragment et la disposition des pores non régulièrement alternes, et par le mode d'expulsion des cucurbitins, M. Laboulbène diagnostiqua un *tænia mediocanellata* ou *non armé*.

L'état général du malade étant satisfaisant, le 28, à sept heures un quart du matin, on lui administra, en deux doses, à un quart d'heure d'intervalle, le produit de la macération suivie de coction de 60 grammes d'écorce sèche de racine de grenadier, et une demi-heure après, 30 grammes d'huile de ricin.

Au bout de dix minutes, après la prise de l'huile, gargouillements et coliques, sans besoin de garde-robes ; trois doses nouvelles d'huile de ricin prises de quart d'heure en quart d'heure amenèrent l'expulsion du ver et de quarante cucurbitins environ.

Le ver placé dans l'eau tiède donna des signes de vie pendant plus d'une demi-heure.

La tête, vue sous un faible grossissement, présentait quatre ventouses de teinte noirâtre, mais pas de traces de crochets. Le long du corps les pores génitaux n'alternent pas régulièrement. La longueur totale du tænia est de $8^m,50$.

Le malade sort guéri le 29 janvier.

Obs. X. *Tænia mediocanellata : coliques et constatation de fragments de tænia dans les garde-robes ; kousso pris, mais sans faire rendre le ver ; quelques démangeaisons à l'anus, mais pas de troubles du système nerveux ; expulsion avec l'écorce de racine de grenadier et deux doses d'huile de ricin ; le malade a besoin de tirer sur le tænia pour l'amener au dehors.* — R*** (Louis), âgé de vingt ans, organiste, entré à l'hôpital Necker le 15 mai 1869, salle Saint-Luc, n° 15.

Le père du malade n'a jamais rendu de tænia ni d'autres vers ; il est mort, il y a quatre ans, d'une affection mal déterminée, après trois mois de maladie. La mère est âgée de quarante-trois ans, d'une assez bonne santé, quoique ayant eu des pertes utérines. Le malade assure que sa mère, à l'âge de vingt-trois ans, étant enceinte de lui et allant à la garde-robe près d'une haie, s'est aperçue pour la première fois qu'elle venait de rendre une grande longueur d'anneaux de tænia soudés entre eux. Après la naissance de son fils, elle prit une préparation anthelminthique qui la débarrassa complétement. Elle n'a eu depuis aucun accident ni aucune selle vermineuse. La nourriture de la mère à cette époque consistait principalement en soupe et en lard, elle ne mangeait pas de poisson. Du reste, au moment de la présence du ver (et de sa grossesse), la mère avait des troubles digestifs et une boulimie opiniâtre.

Le malade a trois frères, tous en bonne santé et n'ayant jamais eu le tænia.

Dans son pays (Châlons-sur-Saône), personne, à sa connaissance, n'est atteint de ce parasite.

Etat actuel. — Homme d'une bonne santé habituelle, d'apparence robuste, cheveux châtains, iris bleuâtre; il est à Paris depuis peu de temps; intelligent, rendant parfaitement compte de ses sensations.

Il n'a jamais été sérieusement malade ; il a eu dans son enfance un peu de gourme, mais aucune des maladies éruptives ordinaires. Eczéma à l'âge de seize ans. Pas de syphilis, de blennorrhagie ou d'intoxication quelconque.

Il y a environ un an et demi, le malade, travaillant comme d'ordinaire à sa profession d'organiste, ressentit, vers trois heures de l'après-midi, des coliques d'une intensité inusitée, mais sans vomissements, sans lipothymie et sans envie d'aller à la selle. Il n'abandonna pas son travail, rentra chez lui à six heures, prit de la tisane pour calmer ses coliques et se coucha. Les coliques se passèrent pendant la nuit.

Trois jours après, le malade, se rappelant que sa mère avait eu le tænia, eut l'idée de poser à terre une grande feuille de papier pour examiner une de ses garde-robes. Il reconnut immédiatement l'existence de cucurbitins pareils aux anneaux des tænias qu'il avait déjà aperçus à la devanture de divers pharmaciens. Depuis

cette époque, le malade regardait de temps à autre ses matières, et constatait souvent l'existence de fragments de ver rubané. Il n'éprouvait, du reste, pas de coliques ni de troubles d'aucune sorte.

Il y a environ un an, le malade a pris une dose de kousso qui lui avait été délivrée par le bureau de bienfaisance de la rue Saint-Honoré. Il la fit bouillir dans une casserole d'eau et fit réduire à la valeur de deux verrées, qu'il avala successivement à un quart d'heure de distance. Le malade a trouvé le kousso très-amer et n'a pas vomi. Au moment où il prit le deuxième verre, il sentit le besoin d'aller à la garde-robe sans coliques, et il rendit alors une assez grande quantité d'anneaux soudés (6 mètres environ), mais sans la tête. Le ver ne paraissait pas remuer.

Le malade affirme qu'il a pris le kousso un lundi, et que, dès le samedi de la même semaine, il a commencé à rendre encore quelques cucurbitins, et depuis les cucurbitins ont continué toujours à être rendus, de même grosseur et bien vivants. Après ce premier traitement, le malade n'a suivi aucune médication spéciale, et il travaille sans aucun accident particulier.

Toutes les fonctions se font normalement. Les forces n'ont pas diminué. Pas de vertiges, de syncopes, de nausées. Aucuns troubles, soit des sens spéciaux, soit de la sensibilité cutanée; pas d'altération de la vue, de l'odorat ni de l'ouïe. Pupilles égales. Pouls régulier.

Le malade a depuis sa jeunesse un grand appétit, que l'on peut attribuer certainement à sa constitution vigoureuse. Il a toujours trouvé le goût ordinaire aux aliments. Il n'éprouve aucune démangeaison au nez ni autour de la bouche.

A l'anus, quelques démangeaisons qui sont de courte durée et reviennent à des intervalles inégaux. Pas d'hémorrhoïdes.

Traitement. — Le malade prendra demain, 24 mai, la préparation suivante :

Ecorce de racine de grenadier de Portugal, 60 grammes. Faire macérer vingt-quatre heures dans deux verres d'eau, qu'on réduira à un verre par l'ébullition.

24 mai. A huit heures du matin, le malade boit le verre de la préparation ci-dessus en deux fois, à quinze minutes d'intervalle. Il trouve, dit-il, à cette eau le goût amer de la chicorée sauvage.

Pendant dix minutes il éprouve quelques nausées et vomit presque toute la seconde moitié du verre. Pas de phénomènes nerveux ni de sensations spéciales, pas de vertiges ni de démangeaisons, ou de troubles des sens.

Quinze minutes après la dernière dose, il prend 40 grammes d'huile de ricin. Pas de coliques.

Vingt minutes après, deuxième dose de 30 grammes d'huile de ricin.

Vers dix heures quarante minutes, légères coliques, non douloureuses, près de l'ombilic.

A onze heures, besoin pressant et selle. Le tænia sort par la queue; puis, au bout d'un certain temps, le malade éprouve la sensation que le ver tend par sa reptation à remonter dans le rectum ; il le saisit alors, le dévide tout doucement et amène la tête.

Malgré la quantité d'huile de ricin absorbée, le malade n'a eu qu'une seconde selle dans l'après-midi et une autre le lendemain matin.

Il sort de l'hôpital le 26 mai 1869, sans avoir rendu de nouveaux fragments.

Examen du tænia. — Une seule tête non armée de crochets, présentant quatre ventouses noirâtres.

B. Il peut arriver que le malade ait pris plusieurs fois un anthelminthique, le kousso, par exemple, et même l'écorce de grenadier, et alors il faut redoubler de précaution. Si le tænia n'est pas plus difficile à expulser, le malade n'en est pas moins fort dégoûté ou découragé. Il faut donc surveiller attentivement la confection de l'apozème. J'ai, cette année, dû à cette précaution un succès que je n'avais pas obtenu d'abord. Jugez en vous-même par l'observation ci-après :

Obs. XI. *Tænia mediocanellata : le ver a été pris en Egypte ; cucurbitins rendus involontairement, ils sont très-vivaces; le kousso a échoué; pas de démangeaisons autour de la bouche, du nez ni de l'anus; peu de phénomènes nerveux; la racine de grenadier échoue une première fois, l'apozème ayant été mal préparé, et elle réussit parfaitement après une seconde tentative.*— C*** (Armand), âgé de quarante-sept ans, menuisier, né à Bayonne, entré le 17 octobre 1872 à l'hôpital Necker, salle Saint-André, n° 15, sorti de l'hôpital le 23 octobre.

Cet homme, d'une bonne santé habituelle, a eu une fièvre typhoïde en 1855. Son père est mort d'une pleurésie, et sa mère d'une maladie du foie, à cinquante-cinq ans, après trois semaines de maladie.

Il n'a jamais eu d'oxyures dans son enfance, mais des ascarides lombricoïdes.

Le malade est né à Bayonne, il y est resté sans manger du jambon avec excès, puis il est venu à Paris en 1867 ; il n'a jamais mangé beaucoup de charcuterie.

Cet homme a été en Egypte deux fois, et il était engagé comme machiniste au théâtre du Caire. Sa nourriture se composait alors de mouton, bœuf, pigeon, porc.

Il n'a jamais mangé de poisson du Nil, ni de veau, ni de viande fraîche.

C'est en Egypte qu'il s'est aperçu, il y a deux ans, en marchant,

qu'il sortait quelque chose de son fondement, sans pouvoir résister par la volonté, en serrant son sphincter, à la sortie de ces objets. En regardant, il vit des fragments de ver rubané longs de 2 à 4 centimètres. Depuis ce temps, il en rend à tout moment, en marchant, en travaillant, sans le vouloir et sans pouvoir y résister. Ce sont des petits fragments blanchâtres et aplatis qui remuent encore. Il en trouve aussi dans ses excréments.

Il y a deux mois et demi, il a pris un matin du kousso, à cinq heures, puis une dose d'huile de ricin au bout de dix minutes. Le kousso lui a semblé mauvais. Il a ressenti, au moment où il a pris l'huile de ricin, une sorte de grouillement dans l'abdomen, et quelque temps après il a rendu 5 mètres de ver.

Il y a quinze jours, il s'est purgé et en a rendu 3 ou 4 mètres qu'il nous a apportés. Depuis, il en rend continuellement des fragments par l'anus.

Il n'a jamais eu de perte de connaissance ni de boulimie. Son appétit est resté bon. Il n'a jamais éprouvé de démangeaisons à la bouche, au nez ni à l'anus. Il n'a jamais eu de vomissements. Les selles sont assez régulières, pourtant avec un peu de constipation. Il a des renvois amers et des éructations aigres. Le sens génital est un peu affaibli.

Il sent, dit-il, quelque chose remuer dans son abdomen, surtout quelque temps avant de prendre ses repas, le matin et le soir ; il suffit pour lui de manger une bouchée de pain et il ne ressent plus rien. Mais, aussitôt après avoir mangé, il est comme oppressé pendant deux heures, et éprouve une sensation de poids et de plénitude au creux épigastrique.

Les pupilles ne sont pas dilatées.

19 octobre. On lui fait prendre à huit heures moins cinq du matin un apozème fait avec 90 grammes d'écorce sèche de racine de grenadier, macérés pendant vingt-quatre heures dans deux verrées d'eau et réduits ensuite à moitié par l'ébullition. Il prend cet apozème en deux fois, la deuxième dose à huit heures et demie, puis une dose d'huile de ricin (30 grammes) un quart d'heure après, une deuxième dose encore au bout d'un quart d'heure, et enfin une troisième dose un quart d'heure plus tard. Après la première dose d'huile, il ressentit des gargouillements ; après la troisième dose, il rendit dans ses selles vingt cucurbitins isolés. Le malade trouva cette préparation très-peu amère.

22 octobre. On fait le même apozème que le 19 octobre, en chargeant le pharmacien en chef de ce soin ; le malade prend l'apozème en deux fois, la première dose à sept heures et demie, la deuxième dose à sept heures trois quarts.

Une demi-heure après, il prend une première dose d'huile de ricin, après quoi il ressent du gargouillement. A neuf heures, il avale encore 30 grammes d'huile de ricin, et n'éprouve plus de gargouillements.

Après cette deuxième dose, il a un violent besoin d'aller à la

selle, pourtant sans coliques, et il rend un long tænia avec la tête.

Cette fois-ci l'écorce de racine de grenadier avait macéré quarante-huit heures, et le malade avait trouvé le goût très-amer.

La tête de ce tænia, examinée au microscope, ne présente pas de proboscide; elle est d'une apparence carrée, elle n'a pas de couronne de crochets.

Les ventouses sont noirâtres et sont mêmes visibles à l'œil nu.

Les organes génitaux n'alternent pas, en changeant de côté, d'anneau à anneau; mais on trouve plusieurs anneaux de suite présentant les organes génitaux du même côté.

Le microscope montre les corpuscules calcaires du cou et des anneaux du corps.

J'ajouterai, pour compléter cette observation, que la première préparation avait été faite à la hâte par un élève en pharmacie trop pressé (aussi lui ai-je fait quitter mon service); le malade n'avait pas trouvé le goût amer, ce qui m'avait fort étonné.

Voici encore un exemple de *tænia solium* qui n'a pu être facilement rendu tout d'abord, parce que la préparation n'avait pas le goût très-amer et qu'elle avait été probablement trop vite ou mal exécutée.

Obs. XII. *Tænia solium : cucurbitins et fragments de tænia rendus sans prodromes nerveux et en allant à la garde-robe, ne s'échappant point involontairement; depuis cette époque, démangeaisons autour du nez, de la bouche et à l'anus; vertiges ; l'écorce de racine de grenadier échoue une première fois malgré trois doses d'huile de ricin; l'apozème n'avait pas une grande amertume; nouvelle préparation donnée trois jours après, bien faite; expulsion facile du tænia par une seule dose d'écorce de racine de grenadier et deux doses d'huile de ricin.* — L*** (Alexandrine), âgée de vingt-neuf ans, blanchisseuse, née à Rémeville (Meuse), entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Thérèse, n° 8, le 16 octobre 1872.

Cette malade, arrivée à Paris depuis sept ans, a toujours été d'une bonne santé. Fièvre typhoïde à six ans avec une longue convalescence. Son père est mort d'un asthme. Ses frère et sœur sont bien portants. Aucune diathèse dans sa famille. Réglée à treize ans, sans secousse, elle s'est mariée à vingt et un ans et a eu trois enfants. Depuis sa dernière couche, qui date de cinq ans, elle a quelquefois de légers malaises, quoique ses couches se soient bien passées chaque fois. Il lui reste, depuis ce temps, des pertes blanches qui durent encore, et de temps à autre, des douleurs dans les reins et les cuisses. Ses règles sont devenues plus pâles et durent quatre jours. Elle a quelquefois des palpitations après avoir mangé.

Elle ne paraît pas avoir eu d'ascarides lombricoïdes étant enfant.

Il y a dix-huit mois, elle rendit par le fondement un morceau de ver rubané et des anneaux isolés (cucurbitins). Elle en trouva une seconde fois dans ses selles, à une époque qu'elle ne peut exactement désigner, en morceaux plus ou moins longs et en anneaux isolés. Elle dit avoir vu remuer ces morceaux de ver.

Enfin, il y a huit jours, elle rendit un fragment long de 50 centimètres, ce qui la décida à entrer à l'hôpital.

Elle n'a jamais rien senti au fondement au moment où le ver passait, et ne s'en aperçut qu'en regardant ses matières. Du reste elle n'en a jamais rendu que ces trois fois, toujours au moment des selles et par un acte volontaire d'expulsion des matières fécales.

Plusieurs semaines avant d'en avoir rendu pour la première fois, elle ressentait des coliques, des douleurs dans le dos, des démangeaisons à l'anus, à la bouche et surtout au nez, où elle éprouvait parfois un chatouillement assez fort pour la faire éternuer.

Jamais elle n'a eu de boulimie, mais son appétit était capricieux. Peu nerveuse auparavant, elle s'aperçut qu'au moment des règles son caractère changeait.

Depuis ces dix-huit mois, elle éprouva trois fois du vertige, un peu avant l'apparition des règles. Le dernier vertige qui eut lieu, il y a trois mois, alla presque jusqu'à la perte de connaissance.

Son abdomen était sensible, comme aujourd'hui ; cependant elle ne sentit jamais rien remuer.

Elle porte une tache blanche au-dessus de chaque clavicule. Celle de droite est la plus étendue : elles sont produites par un défaut de pigmentation en cet endroit. Les poumons ne présentent rien de particulier. Au cœur, on constate un léger bruit de souffle anémique à la base. La langue est blanche, saburrale. Le foie a son volume normal. Les pupilles ne sont pas dilatées.

On constate une autre tache blanche à l'aine gauche.

Pas d'alopécie. Les cheveux sont châtains et présentent quelques mèches grises isolées, produites aussi par un défaut local de pigmentation.

Les selles sont régulières. Elle a quelquefois des renvois bilieux.

Macération de quinquina ; deux verres d'eau de Vichy ; tisane de centaurée ; vin de quinquina ; julep gommeux.

12 octobre. On a donné en trois fois 60 grammes d'écorce de racine de grenadier macérés pendant vingt-quatre heures dans deux verrées d'eau et le tout réduit à moitié par l'ébullition, puis 90 grammes d'huile de ricin en trois fois. L'effet a été simplement purgatif et il n'est sorti aucun morceau de ver. La malade n'avait pas trouvé l'apozème très-amer.

15. On lui donne ce matin la préparation suivante : 90 grammes d'écorce de racine de grenadier macérés vingt-quatre heures dans deux verrées d'eau, puis on a réduit par l'ébullition pendant quatre heures jusqu'à une consistance épaisse.

La malade a pris l'apozème en deux fois : elle a pris la première dose à huit heures du matin, la seconde dose un quart

d'heure après. Elle a trouvé à l'apozème un goût d'amertume extrême. Cependant elle n'a pas vomi, quoiqu'elle ressentît un grand mal de cœur.

Un quart d'heure après, elle éprouva des coliques abdominales au-dessous de la région de l'estomac.

Quelques moments après avoir ressenti ces coliques, c'est-à-dire une demi-heure après avoir pris la deuxième dose d'apozème, elle a avalé trois cuillerées d'huile de ricin ; puis, une demi-heure après elle prit encore trois cuillerées d'huile de ricin. Aussitôt après avoir pris cette deuxième dose d'huile de ricin, elle alla à la selle et rendit le ver, dont on eut la satisfaction de reconnaître la tête ; examinée au microscope, cette tête présentait les quatre ventouses et la double couronne de crochets. La malade sortit guérie et enchantée.

Les 9 et 10 octobre, le pouls était entre 76 et 88 ; aujourd'hui 15, le pouls est à 72.

Au risque de vous paraître amateur de répétitions, je vous redirai, mon cher Rédacteur, que je tiens à ce que le malade trouve un goût d'amertume prononcé à la racine de grenadier ; je l'en préviens, je le prémunis contre le dégoût, mais il faut absolument que la préparation soit bien faite et rigoureusement suivie : macération, digestion, ébullition d'une dose plutôt forte que faible d'une écorce de racine sèche de grenadier du Midi. Le malade ne courra aucun risque d'un peu plus de force du remède, et le tænia aura de plus grandes chances d'être rendu.

Ne croyez pas, du reste, que je tienne absolument à l'écorce de racine de grenadier. J'en ai l'habitude et j'applique avec soin et confiance un médicament qu'on peut trouver partout. Mais, je vous l'assure, je saurais m'en passer ; je ne rejetterais pas la racine de fougère mâle, ni le kousso, ni l'éther, ni la térébenthine, etc. Il y a plus, j'emploierais, surtout chez les enfants, les graines de courge (*cucurbita pepo*) ; mais j'avoue que je donnerais la préférence à l'émulsion des graines, 60 à 120 grammes, suivis d'un purgatif tel que l'huile de ricin, entre autres.

L'un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique* (1) me prouve que mon collègue de l'hôpital des Enfants, M. Bouchut, a vu, de son côté, la nécessité de chasser le ver en bloc, après avoir essayé de l'expulser cucurbitins par cucurbitins, c'est-à-dire en détail.

(1) *Bulletin général de Thérapeutique*, 2e livr., 30 juillet 1873, p. 89 à 91

Ne croyez même pas que je tienne à l'huile de ricin ; elle est inoffensive, elle purge à la manière des corps gras en excès ; l'huile d'olive me suffirait au besoin ; je donnerais le calomel si je n'avais que lui. Et pour vous dire toute ma pensée, je me contenterais de la substance que le malade me dirait le faire aller rapidement à la garde-robe, du lait, de certains fruits, par exemple, après avoir donné un anthelminthique, mais celui-ci étant soigneusement préparé.

C. Vous trouverez encore des cas difficiles où le malade, ayant rendu, par un moyen pourtant bien appliqué, la presque totalité d'un tænia, *moins la tête*, ne veut plus recommencer. En pareil cas, il faut savoir attendre que le malade souffre de nouveau ou désire être débarrassé. Si une personne faisait trop de difficultés ou éprouvait trop de dégoût, je n'insisterais pas. Il faut qu'on rende des cucurbitins et qu'on ait une grande envie d'en finir avec le *tænia* qui fatigue pour que le pronostic devienne favorable et qu'on puisse promettre le succès.

Obs. XIII. *Tænia* . . . . ; *chlorose*; *dysménorrhée*; *douleurs épigastriques*; *dyspepsie*; *fragments de tænia rendus*; *double insuccès de l'écorce de racine de grenadier*. — X*** est entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, nº 16, en octobre 1868, service de M. le docteur Laboulbène.

Cette femme est née dans le département de l'Oise; elle n'a jamais été dans le Nord, n'aime pas la charcuterie, et boit de l'eau de pompe dans la maison qu'elle habite.

Depuis longtemps elle souffre de l'estomac, a beaucoup de leucorrhée et elle éprouve de la dysménorrhée; il y a cinq ans, pour la première fois, elle eut une attaque de nerfs; elle éprouve, de plus, une sensation de boule épigastrique.

Il y a trois mois, pendant une dizaine de jours, elle rendit des fragments de tænia, que nous avons pu voir, puisqu'elle les a conservés dans l'alcool. Depuis cette époque elle n'a jamais rien rendu.

16 octobre. Cette femme est chloro-anémique : souffle continu au cou. Elle est essoufflée quand elle monte vite; dyspepsie.

Depuis trois semaines environ elle est comme *énervée*, elle est très-irritable, elle éprouve plus souvent cette sensation de boule; nausées. La malade est très-mal réglée; elle reste des mois entiers sans voir paraître les menstrues.

20. Frisson sans cause connue. Pouls, 120 ; température vaginale, 39°,4.

22. Tout est calmé. Pouls, 88 ; température vaginale, 37°7, ; elle mange une portion (fièvre éphémère).

M. Laboulbène lui ordonna, comme pour plusieurs malades déjà venus dans le service, de la décoction d'écorce de racine de grenadier, suivie d'huile de ricin; mais la malade vomit son huile et la décoction resta sans effet; du moins la malade ne rendit qu'un très-petit fragment de tænia.

Il faut ajouter que les conditions d'expulsion étaient défavorables, puisqu'elle n'avait rien rendu spontanément depuis trois mois.

Deux jours après, on recommence la même dose, mais on remplace l'huile par de la limonade purgative. Elle rendit de longs fragments de tænia; mais on ne put constater l'issue de la tête. La malade ne voulut point faire un troisième essai, et demanda son exeat.

Je n'ai pas rencontré beaucoup de faits pareils à celui-ci; mais j'ai tenu à vous les signaler expressément.

D. Dans une nouvelle catégorie, je placerai les malades qui ont eu réellement le tænia, mais qui ne l'ont plus, soit qu'ils aient rendu le ver entier sans le savoir, soit qu'ils éprouvent des phénomènes nerveux qu'ils rapportent à tort à ceux que produisait antérieurement le ver cestoïde.

L'examen des matières rendues et la recherche des œufs du tænia (1), œufs ronds et à double contour, est très-utile, surtout chez les enfants.

Il serait très-convenable de donner en pareil cas les graines de courge enrobées de sucre. En regardant attentivement dans les garde-robes, on verrait bientôt si oui ou non il sort des cucurbitins. Je vous choisis, pour l'observation suivante, un bel exemple de *tænia mediocanellata* rendu par le kousso après trois tentatives d'expulsion, et sûrement il n'existait plus de cucurbitins ni de ver, malgré quelques troubles nerveux très-légers éprouvés par la malade.

Obs. XIV. *Tænia mediocanellata*; *vertiges; démangeaisons anales; fragments de tænia rendus et cucurbitins sortant involontairement; trois expulsions au moyen du kousso, la dernière suivie probablement de la sortie du ver avec la tête; expulsion tentée, sur la demande réitérée de la malade, avec l'écorce de racine de grena-*

---

(1) C. Davaine, *Traité des entozoaires*, etc. Synopsis, p. IX, fig. 3, p. XXXI, fig. 18, K, et p. 51, fig. 4. Paris, 1860.

dier; il ne sort plus de cucurbitins. — B***(Louise), âgée de dix-neuf ans, couturière, est entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Thérèse, n° 18, le 28 février 1872, sortie le 6 mars.

Cette fille est malade depuis un an. Elle a éprouvé des douleurs dans le ventre, des étouffements, des démangeaisons au fondement, et enfin, peu de temps après, elle a rendu par l'anus des morceaux de ver plat et blanc. Ces morceaux sortaient quelquefois involontairement, c'est à-dire en dehors de l'acte de la défécation.

La malade prend du kousso et évacue environ 6 mètres de tænia.

Les symptômes persistent, et elle continue d'expulser des fragments de ver rubané.

Deux mois après, nouvelle dose de kousso : nouvelle expulsion d'un long tænia; mais les symptômes persistent toujours, de même que l'expulsion par instants de fragments de tænia.

Il y a cinq mois, la malade prend une troisième dose de kousso. Cette fois elle rend une très-grande longueur de tænia, et on constate que le ver comprend des portions très-étroites, presque filiformes, par conséquent très-voisines de la tête (et peut-être la tête elle-même).

Depuis ce moment la malade n'éprouve plus les symptômes précédents, elle n'a plus rendu ni dans ses selles ni involontairement des fragments de ver.

Le tænia expulsé en dernier lieu a été conservé par la malade et apporté au service. On constate une grande longueur de tænia, avec des portions filiformes, très-voisines de la tête, mais on ne découvre pas la tête elle-même.

Les anneaux présentent leurs orifices génitaux sur un des bords, mais non avec alternance d'un anneau au suivant. Ils sont par groupes, de nombre irrégulier, tantôt sur un bord, tantôt sur l'autre. C'est là un des caractères du *tænia mediocanellata.*

En ce moment la malade n'éprouve que peu de symptômes nerveux. Cependant on lui prescrit, sur sa demande réitérée :

Ecorce de racine sèche de grenadier, 60 grammes.

Faire macérer dans deux verrées d'eau pendant vingt-quatre heures, puis réduire à un verre.

Dès que la malade sentira du malaise, et avant la sensation de la défécation, lui faire prendre :

Huile de ricin, 40 grammes.

Les selles de la malade sont examinées avec soin, et on ne trouve aucune trace de tænia, qui probablement a été expulsé tout entier il y a cinq mois.

Comme antécédents, on ne découvre rien de précis. La malade mange peu de charcuterie dans son régime alimentaire.

E. Enfin, dans une dernière section, je puis réunir, mon cher Rédacteur, les faux tænias, les concrétions intestinales rubanées

de diverses espèces, les flocons muqueux ou colloïdes, les petites pseudo-membranes pareilles à ces copeaux que le tourneur enlève sur le bois ou sur l'ivoire. J'ai, dans un autre ouvrage, donné un aperçu détaillé de ces corps membraniformes (1). Il me suffit ici de vous les indiquer. Ni vous ni aucun médecin attentif, ne vous laisserez induire en erreur par ces productions anormales du tube digestif, non plus que par des fragments hydatiques dont les caractères sont si tranchés.

Il faut exiger la vue des fragments, dits ou supposés, de *tœnia*, par des malades souvent fort intelligents, mais préoccupés de leur santé. C'est pour m'être fié au dire d'un professeur de lycée, versé dans les sciences naturelles, que j'ai donné sans succès le grenadier et le kousso. Après la tentative conseillée et de nul effet, on m'a apporté des fragments de pseudo-membrane qui n'avaient avec les cucurbitins qu'une apparence éloignée.

J'arrive à la fin de ma tâche. Je vous ai exposé la manière physiologique de faire rendre le ver solitaire (il y en avait trois dans l'observation IV), j'ai passé en revue les difficultés que pouvaient présenter certains malades pour l'expulsion du *tœnia*. Il faut maintenant que je vous donne les caractères présentés par les deux espèces les plus communes à Paris : les *tœnia solium* et *mediocanellata*.

Vous verrez que vous pourrez facilement les diagnostiquer comme moi. Ce n'est pas seulement de la curiosité scientifique, car il faut redoubler de soins avec le *tœnia mediocanellata*, à allures plus vigoureuses et plus solidement logé dans le tube digestif.

Tœnia solium ou *armé.*	*Tœnia mediocanellata* ou *inerme.*
Cucurbitins quadrangulaires d'autant plus allongés qu'ils sont plus éloignés de la tête; pores génitaux le plus souvent régulièrement alternes.	*Cucurbitins* plus grands que ceux du *tœnia solium*, très-larges, à pores génitaux nullement alternes, quatre ou cinq du même côté se suivant les uns les autres sans alterner.
Tête très-petite, pourvue de quatre ventouses et d'une double couronne de crochets ; rostre un peu proéminent.	*Tête* sans crochets, assez grande, inclinée sur un de ses bords, avec quatre ventouses noirâtres ; partie antérieure coupée presque en ligne droite ou très-peu avancée.
Corps long, à cou effilé.	*Corps* très-long, large et épais ; cou plus court que celui du *tœnia solium*.

(1) *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, in-8°, p. 144. Paris, 1861.

Œuf arrondi, à coque épaisse.	*Œuf* un peu ovale, à coque épaisse.
Symptômes offerts par le malade moins prononcés qu'avec le *tænia inerme* ; le ver ne sort pas ordinairement par cucurbitins séparés et vivaces, malgré la volonté du malade, mais plutôt par anneaux réunis et dans l'acte de la défécation.	*Symptômes offerts par le malade* plus prononcés qu'avec le *tænia solium* ; le ver a des cucurbitins vivaces, très-incommodes, s'échappant d'eux-mêmes par l'anus, malgré la volonté du malade, et dans l'intervalle des garde-robes.

Enfin je vous assurerai, en terminant, que si je vous ai constamment indiqué dans mes observations d'hôpital l'écorce de racine de grenadier du Midi, je reconnais à certains anthelminthiques, au kousso vrai et bien préparé, une action à la fois engourdissante et rapidement purgative, qui débarrasse rapidement l'intestin du ver pelotonné et non fixé. D'autres substances, et parmi elles le kamala, substance résineuse provenant de l'Inde, paraît excellente à la dose de 2 à 12 grammes, et elle est douée d'une action identique.

Je vous répète une dernière fois que je n'aurais que des graines de courge à ma disposition, ou bien de l'éther, ou de la térébenthine et du séné, que je ferais rendre les tænias en m'y prenant comme je l'ai exposé, et lorsque je connaîtrais à fond les idiosyncrasies de mes malades, je réussirais encore plus sûrement.

La fin de ma longue lettre, mon cher Rédacteur, ressemble à son commencement. Pour faire rendre physiologiquement le tænia, il faut engourdir le ver, l'empêcher de se fixer et l'expulser vite comme un corps étranger.

Bien à vous, etc.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'inoculation blennorrhagique comme moyen curatif du pannus granuleux ;

Par M. Léon Brière, chef de clinique du docteur Sichel, lauréat de la Faculté, interne provisoire.

Obs. I. — Mme M***, femme d'un cantonnier de Croizy-sur-Eure, est âgée de cinquante-huit ans. Depuis longtemps elle demeure dans une chaumière située à proximité d'une rivière, dont le sol et les murs sont d'argile, et qui présente ainsi, grâce à sa situation topographique et à son architecture primitive, une absence complète des

conditions hygiéniques les plus élémentaires. Aussi son mari est-il un rhumatisant de vieille date et elle-même est-elle sujette, depuis quatre à cinq ans, à des névralgies lombo-abdominales et hémicraniennes très-intenses se rattachant à un état chloro-anémique assez prononcé ; mais le plus grand de ses maux est une ophthalmie granuleuse double, dont elle ne peut au juste préciser le début et devant laquelle ont successivement échoué tous les remèdes en vogue dans son pays et toutes les prescriptions du médecin de la localité. L'affection était passée à l'état chronique, la vue baissait graduellement, et les yeux rouges, larmoyants, redoutant la lumière, étaient le siége d'une douleur vive et continuelle.

Le 21 juin 1871, la malade vint à Paris et se présenta à la clinique du docteur Sichel. Le diagnostic porté alors fut : *Pannus granulaire double plus prononcé à gauche. Nombreuses granulations mixtes.*

Un premier traitement consista en lotions quotidiennes avec une solution saturée d'acétate de plomb parfaitement neutre, en instillations d'atropine et en lavages fréquents avec une eau émolliente tiède. Sous l'influence de cette médication, une première amélioration se manifesta. Après un mois environ de séjour à la clinique, la malade retourna chez elle, mais bientôt son mal s'aggrava de nouveau. Second voyage à Paris vers la fin de l'année 1871 ; traitement analogue à celui suivi précédemment, c'est-à-dire emploi méthodique des astringents et des caustiques légers. A ces applications topiques on ajouta alors l'opération de la canthoplastie. Celle-ci était nettement indiquée par la présence d'un blépharophimosis manifeste, lequel avait pour conséquence fâcheuse d'accroître les frottements incessants de ces conjonctives, couvertes de granulations, sur les cornées déjà obscurcies par un pannus sarcomateux ancien. Grâce à ces moyens plus énergiques, la vue redevint meilleure, la photophobie et les douleurs ciliaires diminuèrent sensiblement, ce qui permit à la malade de rentrer dans son pays ; mais elle y retrouva les mêmes conditions insalubres signaléesplus haut, et de nouvelles poussées de granulations se reproduisirent, à tel point qu'après un mois tout travail fut impossible. Douée d'une constance d'autant plus louable qu'elle est rare chez les clients qu'on ne guérit pas rapidement au gré de leurs vœux, notre malade revenait trouver le docteur Sichel quand les douleurs devenaient plus vives et l'amblyopie par trop considérable.

Le changement d'air, une meilleure alimentation, des soins mieux entendus et régulièrement donnés produisaient une légère amélioration.

Néanmoins la cornée restait le siége d'un pannus que rien ne faisait céder, et en novembre 1872, après un nouveau séjour en Normandie, la vue avait tellement diminué, que la malade pouvait à peine se conduire. Elle souffrait horriblement jour et nuit ; puis, l'appétit diminuant, la santé générale s'altéra. Vu l'impossibilité dans laquelle était la malade de rester à Paris, vu l'état de ses yeux,

arrivé à une période stationnaire où il n'avançait ni ne reculait, M. Sichel crut devoir proposer une dernière tentative : l'inoculation blennorrhagique, conseillée et mise en pratique depuis 1812 par feu Jæger père, de Vienne, puis par Piringer, de Gratz. Celle-ci aurait pour résultat de produire une guérison complète ou la cécité. La malade accepta cette alternative, décidée à en finir une bonne fois : *melius anceps remedium quam nullum.*

Le 14 novembre 1872, une première inoculation était tentée sur l'œil gauche avec du pus pris sur un des malades de l'hôpital de la Charité, atteint de blennorrhagie simple, sans autres accidents vénériens. Mais cette affection était déjà ancienne, la période aiguë était passée, et soit par cette cause, soit pour un autre motif, l'inoculation échoua complétement et ne produisit qu'un peu d'ophthalmie traumatique. Elle avait été faite en déposant simplement à l'aide d'un pinceau le liquide purulent sur la conjonctive bulbaire.

Trois jours après, le 17 novembre, un des assistants de la clinique s'étant procuré quelques gouttes d'une sécrétion blennorrhagique uréthrale tout à fait à la période aiguë, une seconde tentative a lieu. Le pus est déposé sur les conjonctives bulbaire et palpébrale de l'œil gauche ; on pique légèrement la conjonctive en trois endroits avec une épingle, puis un monocle est appliqué sur l'œil droit et l'on abandonne l'affection à elle-même ; vingt-quatre heures après, l'œil gauche est le siége d'une réaction assez vive. Les paupières se tuméfient et la sécrétion est plus abondante et puriforme. Afin de limiter momentanément l'action thérapeutique à cet œil, un pansement par occlusion préserve l'œil droit de tout agent qui pourrait le contaminer. Mais cette précaution devient bientôt inutile ; deux jours après, en dépit de la cuirasse de baudruche et de collodion qui avait été appliquée, cet œil se prenait à son tour. Les larmes, en s'amoncelant sous cette coque artificielle, avaient fini par se frayer une issue vers le repli naso-génien, et ce pertuis avait rapidement servi de porte d'entrée.

Au moment où l'œil droit commence à présenter les symptômes de l'ophthalmie purulente, cette affection est arrivée à la période d'état du côté gauche. Ici la paupière supérieure a doublé de volume et forme un véritable tablier devant le globe oculaire. Les plis cutanés n'existent plus. A leur place on trouve une surface lisse, rouge et tendue. Le bord libre est le siége d'une sécrétion franchement purulente. La conjonctive bulbaire présente également une injection considérable et le tissu sous-jacent infiltré forme autour de la cornée un léger bourrelet chémotique. Les douleurs, extrêmement vives, sont assez rebelles aux injections sous-cutanées de morphine. Toute tentative d'ectropionnement des paupières exaspère les souffrances.

Cette conjonctivite purulente double artificielle fut traitée par le froid sous forme de compresses glacées maintenues en permanence jour et nuit sur les paupières fermées. De fréquentes injections avec

de l'eau chlorée étaient dirigées entre les paupières et enlevaient le pus au fur et à mesure qu'il était sécrété. Toutes les deux heures on ectropionnait les paupières pour les laver avec de l'eau saturée de chlore gazeux.

Le 23 novembre, trois jours après le début de l'ophthalmie purulente de l'œil droit, la cornée s'ulcéra de ce côté vers la partie interne; mais, en examinant à la loupe cette partie malade, on reconnut que l'ulcération était superficielle et dépassait à peine l'épithélium. Elle paraissait plus profonde qu'elle n'était en réalité, des pinceaux vasculaires formant un bourrelet de végétations au niveau de ses limites. Le 25 novembre, comme les paupières se tuméfiaient de plus en plus et que la malade souffrait beaucoup, on cautérisa les conjonctives avec le crayon de nitrate d'argent mitigé et on les scarifia.

Peu à peu, sous l'influence de ce traitement, la turgescence des paupières et les souffrances diminuèrent. Néanmoins les yeux sécrétèrent pendant longtemps, et un mois après l'inoculation la malade n'était pas encore guérie. Le mieux s'accentuait lentement.

Vers le 1er janvier 1873 il fut plus manifeste, et à partir de cette date il n'était plus possible de douter que la malade guérirait et n'aurait pas lieu de regretter les souffrances auxquelles elle s'était exposée. Chaque jour était un pas fait vers cette guérison tant désirée.

Le 20 janvier, la malade pouvait se conduire et retourner dans son pays.

Au commencement d'avril elle revenait à la consultation pour faire constater la transformation qui s'était opérée dans sa personne.

La vue était revenue *au point de lui permettre des travaux à l'aiguille très-fins; les granulations n'existaient plus;* à leur place nous trouvions des papilles conjonctivales hypertrophiées, souples et inoffensives pour les cornées. Celles-ci avaient recouvré leur transparence. Le pannus avait disparu. A peine voyait-on quelques petits vaisseaux à la périphérie cornéenne.

Somme toute, la guérison était assurée.

Depuis cette époque elle ne s'est pas démentie, et la malade a retrouvé, avec la vue, la santé.

Cette inoculation blennorrhagique est la seconde que le docteur Sichel ait faite.

Obs. II. — La première fut également suivie de succès. Il avait été déterminé à la pratiquer par suite de l'impuissance de tous les autres moyens et parce qu'il avait été témoin de deux guérisons de pannus après des ophthalmies aiguës accidentelles.

Obs. III. — Dans l'un de ces cas il s'agissait d'un petit malade de

quatorze ans, atteint de granulations chroniques des deux yeux avec pannus et qui contracta une ophthalmie purulente au moment d'une épidémie qui régnait alors à la clinique du docteur Sichel. Sous l'influence de cette affection aiguë, les yeux granuleux qui allaient très-mal s'améliorèrent rapidement et, en résumé, guérirent complétement.

Obs. IV. — Le second cas était celui d'une jeune fille qui guérit également de ses pannus après une ophthalmie de cause gonorrhéique.

Obs. V. — Enfin, en 1872, un fait non moins intéressant était observé à la clinique du docteur Sichel : un jeune homme de dix-neuf ans, blanchisseur à Ville-d'Avray, atteint de conjonctivite granuleuse et de pannus double depuis plusieurs années, venait de temps à autre consulter pour cette double affection. On l'avait perdu de vue depuis quelque temps quand, dans les premiers mois de 1872, il se présenta de nouveau à la clinique; mais cette fois il avait une ophthalmie purulente double des plus intenses dont l'étiologie fut bientôt connue. Le malade était porteur d'une blennorrhagie uréthrale datant de douze jours. Justement effrayé de cette ophthalmie, le docteur Sichel lui opposa le traitement par les réfrigérants et par les lavages très-fréquents, etc., en annonçant que si les cornées résistaient, le malade aurait le bénéfice de ses souffrances et serait guéri de ses granulations.

L'une des cornées s'ulcéra ; on fit la paracentèse, puis des ponctions avec un stylet mousse pendant quatre jours, et finalement le malade guérit parfaitement et ne conservant à peine qu'un léger néphélion au niveau du point ulcéré.

Réflexions. — Il est assez probable que parmi les lecteurs qui ont pris connaissance, je ne dis pas de ces observations, mais seulement du titre qui les précède, il s'est trouvé plusieurs sceptiques empressés à taxer de hardi, sinon de *téméraire*, le procédé de l'inoculation blennorrhéique comme traitement du pannus. Ce qui permet de faire cette supposition, c'est que les faits dont nous avons été témoin ont surpris bien des médecins qui les ont observés avec nous. On est même allé très-loin dans la critique, car précisément en France, où l'inoculation n'a été que rarement, *trop rarement* selon nous, mise en pratique, un médecin s'est permis, en 1848, de signaler à la vindicte publique, de stigmatiser une méthode « qu'il n'hésite pas à considérer comme un crime que la morale répudie, que l'amour de la science ne saurait excuser... »

Il n'y a qu'une réponse possible pour les personnes qui blâment

ainsi un fait avant de s'en rendre compte, qui jugent avant d'avoir vu par elles-mêmes : c'est de leur opposer des faits nouveaux, un grand nombre de faits probants et authentiques.

Ces personnes seront sans doute bien étonnées en apprenant qu'à l'heure qu'il est une seule revue ophthalmologique (1) contient la relation exacte de près de quatre cents cas dans lesquels l'inoculation blennorrhéique employée *comme dernière ressource* a donné d'excellents résultats. Ces succès ont excité, je ne crains pas d'exagérer, l'admiration des premiers partisans de ce procédé thérapeutique, de ceux qui l'ont le plus employé : je citerai Jæger, Piringer, van Roosbroeck, Warlomont, Bader, etc. L'un d'eux n'hésite pas à qualifier de *merveilleuse* une méthode qui a surpassé toutes les espérances, et tous; en constatant que la *guérison a été la règle presque invariable* dans les cas qu'ils ont observés, manifestent leur étonnement de se voir si peu d'imitateurs.

Cette répulsion vraiment incompréhensible provient, sans doute, de ce que les statistiques n'ont pas été assez vulgarisées, ou de ce qu'elles ont paru trop brillantes. Quoi qu'il en soit, ces nombreux succès existent, et ceux qui les nient, nient l'évidence.

Notre intention n'est pas de traiter ce sujet avec tous les détails qu'il comporte. Il a été fort bien étudié par Hairion, par van Roosbroeck et par Warlomont, dans les *Annales d'oculistique* (t. XX, XXIX, XXX, XXXII, XXXIII).

Notre tâche se bornera à analyser succinctement tous les faits d'inoculation blennorrhéique que nous connaissons, pour en tirer quelques déductions sur les indications et contre-indications de ce moyen thérapeutique et sur la manière dont il convient de le mettre en pratique.

L'inoculation blennorrhagique a été imaginée vers l'année 1812 par F. Jæger, professeur à Vienne. En 1840, cet auteur annonce qu'il traite les pannus rebelles à tous les traitements en usage par l'inoculation de la matière de l'ophthalmie des nouveau-nés, et qu'il a SOUVENT par là RÉUSSI A LES FAIRE DISPARAITRE.

Vers la fin de cette même année 1840 paraît un ouvrage de Piringer, professeur à Gratz, sur l'ophthalmie purulente, ouvrage qui jouit d'un immense succès pendant quelques années.

Dans une partie de ce travail l'auteur veut prouver que la cause

(1) Les *Annales d'oculistique.*

la plus certaine et la plus constante de la blennorrhée oculaire est le transport de la matière contagieuse produite par des yeux affectés de la même maladie, et il cite à l'appui de nombreux faits d'inoculation opérée par lui à l'aide du virus blennorrhéique *pour obtenir la guérison de pannus invétérés.* Piringer se servait indifféremment, pour ses inoculations, du pus provenant de blennorrhée uréthrale ou de blennorrhée oculaire consécutive à une chaudepisse, de flux gonorrhéique ou du virus de l'ophthalmie purulente simple des adultes.

Comme Jæger, il remarque parfaitement que les conjonctives et les cornées saines sont plus impressionnables à l'action de la matière sécrétée par des blennorrhées que celles qui ont déjà subi des altérations pathologiques, et notamment celle du pannus. Cette particularité est importante à noter, car elle fait tomber la crainte chimérique de voir toujours les yeux atteints de pannus et inoculés, se perforer et se perdre après l'inoculation.

On n'a pas plus droit de juger *à priori* cette méthode que celle de l'ignipuncture appliquée sur les articulations malades. Ne voit-on pas, en effet, celles-ci supporter admirablement, sans réaction inflammatoire suraiguë, des cautérisations qui produiraient des accidents graves sur une articulation saine ?

Soixante et un cas d'inoculation par Piringer, ont été suivis : cinquante-neuf fois de la disparition complète des granulations et du pannus ; deux fois seulement l'œil resta dans l'état où il était avant l'inoculation, parce que la réaction n'avait pas été assez intense. Cette première statistique est sans contredit très-brillante.

Aussi Piringer s'empresse-t-il de proclamer qu'après tant de succès l'inoculation du virus blennorrhéique pour guérir le pannus n'est plus une tentative douteuse qui demande une forte résolution, mais que C'EST UN MOYEN CAPITAL *trop longtemps inconnu ou négligé.* Il ajoute, comme conclusion, que c'est dans le pannus seulement qu'on a la certitude de n'avoir aucun accident à craindre de son emploi. Notons qu'il y a quarante-trois ans que cette manière de guérir les pannus granuleux avait déjà conquis la faveur de plusieurs praticiens éminents.

Cependant, suivant le dire de Carron du Villards, Jæger n'a pas eu que des succès avec l'inoculation : trois fois il aurait produit une ophthalmie purulente qui entraîna la fonte totale de l'œil.

Ces trois échecs n'empêchèrent pas Jæger et d'autres chirur-

giens étrangers de continuer à employer l'inoculation, car le nombre des succès alla chaque année en augmentant.

En 1843, le docteur Stout, d'Amérique, confirme l'opinion de Jæger et de Piringer. Il a fait avec l'inoculation de la matière blennorrhéique quelques essais, lesquels ont été suivis de notables succès.

Nous reconnaissons tout ce qu'a de vague cette affirmation; mais ne prouvât-elle qu'un seul point, à savoir : le docteur Stout n'a pas eu à se repentir d'avoir employé cette méthode, qu'elle conserverait assez de valeur pour que nous ne la laissions pas de côté.

Deux ans plus tard, Dudgeon, en Angleterre, prend du virus de l'ophthalmie purulente d'un enfant sain à tous autres égards et l'inocule à des yeux atteints de pannus depuis deux ans et demi; la *guérison est complète* au bout de deux mois.

Fallot, de Namur, fait (1847) l'inoculation de pus blennophthalmique dans deux yeux atteints de pannus si considérable, que la cécité est complète et le cas désespéré; un staphylôme cornéen à droite et un albugo à gauche compliquent ce pannus. Deux mois après l'inoculation, le malade a retrouvé assez de vue pour se conduire.

Kerst, professeur à Utrecht, rapporte (1848) qu'il a inoculé de la matière d'une chaudepisse dans l'œil d'un dragon affecté de pannus et qu'il a ainsi développé une ophthalmie purulente. Mais il cite ce cas dans une discussion sur la valeur douteuse du ganglion préauriculaire comme signe pathognomonique de l'ophthalmie purulente, et il ne dit pas si son malade a guéri. Les personnes qui l'écoutent ne font pas, du reste, d'objection contre ce mode de traitement, auquel on commence à s'habituer.

Il prend d'ailleurs peu à peu domicile dans quelques cliniques hospitalières de Belgique, où le docteur Hairion, professeur d'ophthalmologie à l'université de Louvain, contribue beaucoup à le faire connaître. Sa pratique personnelle vient, en effet, d'être couronnée, en quatre ans, de 1842 à 1846, par vingt-six succès incontestables; il les livre à l'examen de ses collègues dans deux brochures qui paraissent en 1846 et montrent que l'auteur n'hésite pas à se déclarer partisan du moyen préconisé par Jæger et Piringer.

Est-ce parce qu'il suppose cette opinion suffisamment connue qu'il n'en parle pas dans son mémoire sur l'ophthalmie de l'armée

belge, publié deux ans plus tard ? Nous l'ignorons ; toujours est-il qu'après avoir étudié successivement tous les moyens propres à la guérison des granulations et mentionné même ceux qui ont été dirigés contre elles et qui sont ou inutiles ou dangereux, il passe sous silence l'inoculation blennorhéique. Il parle néanmoins du traitement de l'ophthalmie aiguë, ce qui permet de supposer que ses idées n'ont pas varié.

Quelques années plus tard, en 1853, le docteur van Roosbroeck, professeur à l'université de Gand, ajoutait l'autorité de son nom en faveur de l'inoculation dans le pannus. Après *plus de cent cas* observés par lui-même, il publiait une leçon remarquable, de laquelle nous extrayons les passages suivants, qui offrent un réel intérêt :

« Il est un dernier moyen curatif du pannus, que recommandait mon professeur Frédéric Jæger, pendant mon séjour à Vienne. Il consiste dans l'inoculation du pus d'une ophthalmie des nouveau-nés. Cette inoculation provoque une blennorrhée aiguë de l'œil, à la suite de laquelle le pannus disparaît. Comme ce moyen consiste à provoquer, dans un œil déjà malade, le travail pathologique le plus destructif connu de cet organe lorsqu'il est sain, il n'est pas étonnant que, malgré l'autorité imposante du nom de Jæger, peu de praticiens aient osé le mettre en usage.

« Comme les suites d'une blennorrhée provoquée sur un œil atteint de pannus ne sont pas les mêmes que celles d'une blennorrhée qui survient dans un œil sain ; comme, de plus, l'inoculation peut être considérée comme le moyen curatif le plus efficace et le plus certain du pannus, il convient, pour dissiper *les préventions injustes* qu'on rencontre chez beaucoup de praticiens, que ceux qui ont eu l'occasion de tenter ce moyen fassent connaître les résultats qu'ils en ont obtenus.

« Dans le principe, j'inoculais toujours du pus d'une ophthalmie des nouveau-nés, comme le conseille Jæger. Il arrivait donc assez souvent que, par défaut d'ophthalmie des nouveau-nés, il fallait forcément recourir aux autres traitements qui ont été exposés précédemment. Il y a dix ou douze ans, un malade atteint de pannus était soumis, dans mon service, au traitement que nous avons indiqué plus haut, lorsque, spontanément, il se développa chez lui une blennorrhée aiguë aux deux yeux. L'examen auquel fut soumis ce malade nous fit découvrir chez lui un léger écoule-

ment par le canal de l'urèthre. Nous arrêtâmes la marche de cette blennorrhée par quelques cautérisations au nitrate d'argent. La blennorrhée se guérit, et la cornée, qui auparavant était vascularisée, reprit sa transparence naturelle. Depuis ce moment, lorsqu'il se présente dans notre service un malade atteint de pannus, après avoir combattu les dispositions constitutionnelles, s'il y a lieu, nous cherchons à provoquer chez lui une blennorrhée aiguë des yeux. Comme nous n'avons pas toujours à notre disposition du pus d'ophthalmie des nouveau-nés, nous prenons celui d'une ophthalmie militaire ou d'une ophthalmie gonorrhéique, et à son défaut, nous employons du pus recueilli dans le canal de l'urèthre de l'un ou de l'autre individu atteint de blennorrhagie uréthrale. Comme il est inutile que le malade sache par quel moyen on cherche à le guérir, et que l'idée de l'inoculation d'une ophthalmie blennorrhagique pourrait donner lieu à des préventions très-grandes chez la plupart des malades, nous leur disons que nous vaccinons leurs yeux. Cette expression est reçue aujourd'hui ; car il m'est déjà arrivé plusieurs fois que des individus, qui avaient été guéris par ce moyen, lorsqu'ils venaient me trouver plus tard pour d'autres affections, me rappelaient que je les avais vaccinés, et que c'était cette vaccination qui les avait guéris.

« Après avoir recueilli l'une ou l'autre espèce de pus contaminant, on le porte au moyen d'un pinceau sur les conjonctives palpébrales. Quelques heures après l'inoculation, l'œil s'injecte, devient larmoyant et sensible à la lumière ; dès le lendemain on reconnaît déjà tous les symptômes de la blennorrhée aiguë, ou ophthalmie purulente. Cette maladie présente les mêmes symptômes et suit la même marche que lorsqu'elle se développe sur un œil sain. Connaissant les effets désastreux de cette ophthalmie lorsqu'elle affecte des yeux sains, nous n'osions pas, dans le principe, l'abandonner aux seuls soins de la nature, nous cherchions toujours à enrayer la marche de l'inflammation par des cautérisations à l'aide du nitrate d'argent. *Peu à peu nous nous sommes enhardi*, et aujourd'hui, lorsqu'une blennorrhée a été provoquée par nous dans un œil atteint du pannus, *quelle que soit l'intensité des symptômes, nous l'abandonnons paisiblement à sa marche régulière*, nous bornant aux simples lotions de propreté, à l'aide d'eau tiède, et recommandant au malade d'avoir soin de ne pas transporter sur l'œil sain le pus qui sort de l'œil malade. Pendant l'époque la

plus aiguë de la maladie, la cornée devient quelquefois tout à fait opaque, au point que l'œil est complétement insensible à la lumière ; mais, à mesure qu'elle approche de sa terminaison, on voit le pannus se dissiper et la cornée reprendre sa transparence normale.

« Plus la blennorrhée qu'on provoque offre des symptômes aigus et plus est certaine la disparition de la maladie qu'elle est appelée à guérir. Une seule inoculation suffit, dans ce cas, pour obtenir le résultat désiré.

« Lorsqu'une blennorrhée qu'on a provoquée ne se développe que sous la forme sous-aiguë, on ne réussit pas toujours à obtenir la guérison complète du pannus ; on doit, dans ce cas, pratiquer une nouvelle inoculation, et avoir soin de *n'employer que du pus qui est sécrété pendant la période la plus aiguë d'une blennorrhagie uréthrale.*

« Nous avons rencontré des individus chez lesquels la tolérance de la conjonctive était tellement grande, qu'il a fallu recourir à dix ou douze inoculations successives, pour provoquer une blennorrhée qui offrît toute l'acuité désirée.

« Chez les malades qui antérieurement ont été cautérisés un grand nombre de fois avec le nitrate d'argent, et dont le tissu muqueux des conjonctives palpébrales a été détruit par les cautérisations, il devient impossible de provoquer une blennorrhée aiguë, quelque persistance que l'on mette à multiplier les inoculations. Nous avons rencontré des individus auxquels on inoculait *trois fois par jour et pendant six semaines consécutives* du pus d'une blennorrhée très-aiguë et chez lesquels on ne produisait tout au plus qu'une légère irritation de l'œil...

« Sur plus de cent cas où nous avons eu recours à *ce moyen en apparence si effrayant, nous n'avons pas eu un seul accident grave à déplorer.* Dans deux cas où il existait un ulcère sur la cornée d'un œil et où nous avions pratiqué l'inoculation à l'autre, la blennorrhée s'étant accidentellement transportée sur l'œil ulcéré, nous avons vu l'ulcère perforer la cornée ; mais jamais cet accident ne s'est produit lorsque la cornée n'était pas ulcérée avant l'inoculation, à moins qu'elle ne fût pas atteinte de pannus. Tous les malades qui ont été soumis à ce traitement ont éprouvé une très-grande amélioration, et chez la plupart la guérison a été si complète, que, « *quoiqu'ils eussent été aveugles pendant cinq, six an-*

« *nées et plus, il eût été impossible à l'œil le plus exercé de*
« *découvrir dans leurs yeux aucune trace de maladie antérieure.*
« *Je regarde ces résultats comme si complets, si merveilleux et si*
« *extraordinaires, que je ne crains pas de dire qu'on ne fait rien*
« *de plus beau en ophthalmiatrie.* »

L'autorité du nom de van Roosbroeck et la haute position scientifique qu'il occupait en Belgique feront réfléchir, nous l'espérons, les personnes qui seraient tentées de révoquer en doute des assertions aussi nettes, aussi concluantes.

Pendant que nous constations, avec regret, dans différents journaux français une disette complète de faits analogues à ceux que nous venons d'examiner ici, nous avons été frappé du contraste suivant : d'un côté, van Roosbroeck faisant connaître à ses collègues les résultats vraiment étonnants de plus de cent inoculations pratiquées non sous le manteau de la cheminée, non en imagination, mais dans un service d'hôpital, au vu et au su de tout le monde; de l'autre côté, un chirurgien français d'une très-grande valeur, A. Lenoir, publiant dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (22 mai 1857) une critique de la leçon clinique dont nous venons de citer plusieurs extraits un peu longs, mais qu'il nous a paru impossible d'abréger sans en altérer la valeur. On serait tenté de croire que ce chirurgien a pratiqué ou vu pratiquer plusieurs inoculations, et que ce n'est qu'après une observation personnelle qu'il s'est permis de se constituer juge de van Roosbroeck. Nullement; Lenoir n'a jamais mis en pratique la méthode qu'il va soumettre à son appréciation. Et uniquement parce qu'il préfère, dans le pannus, la cautérisation circulaire de la cornée à l'aide de l'anneau cannelé de Samson, il traite d'«irrationnelle» et d'«incompréhensible» l'inoculation blennorrhéique, qu'il laisse aux *essayeurs* chirurgiens, oculistes ou non.

Cette critique d'un chirurgien qui ne peut s'appuyer sur un seul fait lui appartenant ou dont il ait été témoin pourrait se passer de tout commentaire.

Nous en dirons autant de celle que le docteur Legrand a publiée dans la *Revue médicale* de Cayol, en 1848, et qui a été citée plus haut : « L'inoculation blennorrhéique est un crime que la morale répudie. » A cette dernière appréciation d'un auteur de mérite, mais incompétent sur le sujet en litige, le docteur Fallot fit une

réponse très-catégorique qui se terminait par ces mots : « *On s'expose à de rudes mécomptes en donnant pour bornes à la science celles de son intelligence.* » Le docteur Fallot, expert sur toutes les questions d'oculistique, s'était senti piqué au vif. Nous reproduisons ses paroles, non pour en approuver la forme un peu acerbe, mais le fond, qui exprime une idée parfaitement juste.

Quoi qu'il en soit, encouragés par les nombreux succès fournis déjà par l'inoculation blennorrhéique, plusieurs médecins étrangers la mirent en pratique et firent bientôt connaître les résultats de leurs *essais*.

Le premier et le plus important travail que nous ayons à signaler à partir de cette époque est le mémoire de Warlomont, paru en 1854, sur trente observations de cure radicale du pannus par l'inoculation blennorrhéique. Dans ce mémoire, conçu, comme le dit son critique, le docteur Fallot, dans un but essentiellement pratique et pour vulgariser, dans une affection non moins grave que commune, une méthode thérapeutique que d'injustes préjugés tendent encore à faire repousser, le traitement est le chapitre principal.

Après avoir passé en revue et apprécié tour à tour à leur juste valeur, et avec parfaite connaissance de cause, les divers moyens soit médicaux, soit chirurgicaux, préconisés contre le pannus, Warlomont arrive à l'inoculation de la blennorrhée oculaire. Ses premières paroles montrent un homme surpris de voir cet agent thérapeutique rester le privilége de quelques praticiens :

« Nous avons suivi avec la plus scrupuleuse attention les diverses périodes que parcourt la blennorrhée résultant de l'inoculation dans les cas de pannus ; nous avons recueilli, au lit du malade, plusieurs observations que nous rapportons plus loin. C'est donc *de visu* que nous apprécierons le procédé opératoire dont nous tentons la réhabilitation. Après avoir pris connaissance *des résultats constamment heureux* obtenus dans les cas les plus désespérés, nos confrères reviendront, nous l'espérons, à plus de confiance, et ne repousseront pas plus longtemps une des pratiques les plus hardies à la fois et les plus efficaces que l'ophthalmiatrie possède. »

Warlomont étudie ensuite (1) l'indication spéciale de l'inocula-

(1) *Loc. cit., Critique de Fallot* (*Ann. d'ocul.*, juillet 1854, p. 51).

tion, dit quelques mots du choix de la matière à inoculer et du procédé opératoire, indique les symptômes de l'inoculation réussie, sa marche, sa durée, ses terminaisons; prescrit le traitement que réclament ses suites, et les accidents dont elle peut se compliquer ; trace les résultats qu'on en obtient et les récidives qu'elle encourt. Toute cette partie du travail étant écrite sous la dictée de l'expérience personnelle de l'auteur, ne relatant rien qu'il n'ait vu et observé lui-même, qui ne se soit passé itérativement sous ses yeux, est de l'intérêt le plus saisissant et, pour un grand nombre de médecins, de l'effet le plus neuf et le plus inattendu. Le style prend de l'animation et de la couleur, et fait partager au lecteur la conviction dont l'auteur est pénétré lui-même.

Acceptant la plupart des conclusions de ce mémoire, nous croyons utile d'en donner ici le résumé à peu près textuel :

Indications et contre-indications. — 1° L'inoculation donne des résultats d'autant plus satisfaisants que le pannus est arrivé à un plus haut degré de développement (sans complication incurable du côté de la coque oculaire) ;

2° Les pannus généralisés à toute la surface des deux cornées, masquant complétement celles-ci, sont ceux où les accidents sont le plus rares ;

3° Ne pas inoculer dans le cas de pannus unilatéral, une surveillance minutieuse du côté de l'œil sain, pour le mettre à l'abri de la contagion, n'étant pas suffisante à le préserver;

4° L'inoculation est également contre-indiquée quand le pannus est partiel et quand la cornée présente sur quelques points des ulcérations de son tissu ;

5° Dans le cas de pannus double, il est préférable d'inoculer les deux yeux simultanément.

Matière à inoculer. — 1° Il est indifférent de se servir de pus de blennorrhée oculaire, gonorrhéique ou uréthrale ;

2° Tel individu réfractaire à un virus se laissera influencer par un autre virus en apparence moins actif ;

3° Le pus de la blennorrhée uréthrale aiguë est plus énergique que celui de la blennorrhée chronique (voir notre observation et l'opinion de van Roosbroeck). Warlomont est d'avis contraire et dit que la nature du pus inoculé, sa quantité et la date de la maladie dont il provient ne lui paraissent pas avoir d'action différente sur le résultat final.

Manière d'inoculer. — 1° Recueillir, au moyen d'un pinceau, la matière à inoculer et la déposer sur la conjonctive palpébrale;

2° Si l'on échoue de la sorte, on peut piquer la conjonctive avec la lancette ou avec une épingle.

Marche. — 1° La marche de l'ophthalmie purulente artificielle et accidentelle est la même;

2° Période d'augment, trois à six jours; période d'état, un à trois septénaires; période de rétrocession, un à deux mois.

Warlomont estime qu'après un stade ascendant de trois à cinq jours l'affection rétrocède et guérit en trois à six semaines. Cette limite donnée à l'affection est vraiment trop restreinte, car en compulsant la plupart de ses observations et celles d'autres auteurs, on arrive à une durée moyenne de deux mois à deux mois et demi; il faut parfois trois mois pour que le malade soit entièrement guéri et n'offre plus la moindre trace de son ophthalmie.

Traitement de l'inoculation. — 1° Si les cornées ne s'ulcèrent pas, lotions fréquentes avec de l'eau tiède. Van Roosbroeck laisse également l'affection suivre son cours;

2° Quand parfois la cornée s'exfolie (douleurs vives), Warlomont recommande l'application du nitrate d'argent solide ou en solution.

Ce ne fut que trois ans après la publication du mémoire de Warlomont que l'inoculation blennorrhéique fit son apparition en France. Du moins les deux premiers cas qui ont été publiés chez nous sont ceux de Rivaud-Landrau à Lyon. Après divers traitements restés sans résultat, l'inoculation donna entre ses mains deux brillants succès; *les cas étaient désespérés*. Rivaud-Landrau eut ainsi l'honneur de s'affranchir de préjugés qui règnent encore parmi nous et qu'il attribue à la hardiesse de l'opération, « que nous n'osons pas entreprendre, dit-il, parce que les pannus sarcomateux sont beaucoup plus rares en France qu'en Allemagne et en Belgique, pays où l'inoculation a rapidement triomphé, et que, pour ce motif, provoquer une ophthalmie purulente est pour nous une affaire d'État. » Cependant que de pauvres malades on voit végéter dans les salles d'hôpital et dans les dispensaires, et qui seraient admirablement guéris si nous savions discerner ceux que *nous devons* inoculer, en suivant le chemin qu'un grand nombre de médecins nous montrent du doigt.

La voix de Rivaud-Landrau, convaincu de la valeur du moyen qu'il a si bien employé, ne trouve pas d'écho en France et, chose étonnante, il faut que nous retournions en Belgique, puis en Italie et en Angleterre, pour constater, avec de nouvelles inoculations, de nouveaux succès ; c'est-à-dire que nous sommes restés sourds à la voix de ceux qui cherchaient à vulgariser cette méthode, parce que nous n'avons pas voulu les entendre. Or ne sait-on pas que c'est là la pire des surdités ?

En 1857, un cas désespéré de pannus double, traité par l'inoculation, est suivi de succès entre les mains du docteur van Weesemael, à Gand. Le point intéressant de cette observation, c'est que des ulcérations de la cornée se sont cicatrisées sous l'influence de l'inoculation, celle-ci paraissant d'abord contre-indiquée précisément par l'existence de ces ulcérations.

L'Italie fournit bientôt son contingent. Le docteur Ubaldo Daveri, médecin en chef de l'hôpital Sainte-Ursule, à Ferrare, emploie l'inoculation dans trois cas de pannus rebelles à tout traitement et *est émerveillé* des résultats qu'il obtient au bout de deux mois chez ses trois malades.

Nous terminerons enfin cette longue énumération par le résumé de la pratique de deux médecins de la Grande-Bretagne, Bader à Londres et Wilson en Irlande.

Le premier de ces observateurs a publié, en 1867, une série de cent soixante-dix-sept cas de pannus, avec ou sans granulations de la conjonctive, traités avec avantage par l'inoculation blennorrhéique. Tous les malades avaient subi, avant l'inoculation, les traitements employés d'ordinaire et n'en avaient pas été soulagés. Le traitement après l'inoculation n'a consisté que dans le lavage plus ou moins fréquent des yeux avec de l'eau chaude. Le docteur Testelin, qui donne la critique de ces faits dans les *Annales d'oculistique*, dit qu'il ne craint pas de les reproduire avec les détails, parce que la pratique à laquelle ils se rapportent n'est pas encore estimée à sa juste valeur, et qu'il tient à appeler le plus souvent possible l'attention *sur cette énergique et héroïque médication*.

Dans le tome LIX de ce même recueil on a lu avec intérêt, en 1868, la relation donnée par le docteur Wilson d'un cas de pannus traité par l'inoculation et qui s'est terminé par la guérison du malade et par la disparition des granulations.

Statistique de 404 cas de pannus traités par l'inoculation du virus blennorrhéique provenant soit d'ophthalmie des nouveau-nés, soit de blennorrhagie uréthrale ou vaginale, etc.

AUTEURS.	ANNÉES	PAYS.	OBSERVATIONS.	RÉSULTATS.
Jæger.	1812 à 1840	Autriche.	Nombre non indiqué.	Souvent l'auteur a réussi à faire disparaître le pannus par l'inoculation de l'ophthalmie des nouveau-nés. Résultats précis non indiqués. Parmi ceux-ci 3 insuccès, suivant Carron du Villards.
Piringer.......	1840	Allemagne.	61	inoculations. (34 succès complets, 3 demi-succès, 17 cas terminés par la disparition des granulations et des douleurs qu'elles causaient, la vue étant perdue antérieurement à l'inoculation par des complications incurables.
Stout.	1843	Amérique.	Nombre non indiqué.	*Plusieurs* essais suivis de notables succès. Résultats précis non indiqués.
Dudgeon	1845	Angleterre.	1	inoculation suivie de succès.
Hairion	1846	Belgique.	26	inoculations. 26 succès remarquables.
Fallot.........	1847	Belgique.	1	inoculation suivie de succès.
Kerst.	1848	Hollande.	1	inoculation. Résultat non indiqué.
Van Roosbroeck	1853	Belgique.	100	et quelques cas. *La guérison a été la règle presque invariable.*
Warlomont....	1854	Belgique.	25 environ.	Sur 30 observations qu'il cite, plusieurs sont de van Roosbroeck, les autres lui appartiennent et ont toutes été suivies de la cure radicale du pannus.
Rivaud-Landrau	1857	France.	2	inoculations. 2 succès.
Van Weisemael.	1857	Belgique.	1	inoculation. 1 succès.
Ubaldo Daveri .	1858	Italie.	3	inoculations. 3 succès.
Bader.........	1867	Angleterre.	177	inoculations suivies dans la plupart des cas de guérison complète, dans quelques autres de l'état stationnaire ou de diminution de la vue, mais toujours avec disparition des douleurs et des granulations.
Wilson........	1868	Irlande.	1	inoculation, 1 succès.
Sichel.........	1873	France.	5	inoculations, dont 3 accidentelles et 2 provoquées ; 5 succès.
		Total...	404	inoculations, sans compter les cas de Stout et un grand nombre de Jæger. *En résumé, la guérison a été la règle générale.*

Conclusion. — Quand on lit une statistique avantageuse, on est instinctivement porté à la défiance, et l'on se demande si les insuccès se publient comme les succès. Dans le cas actuel, il est aisé d'affirmer que si les insuccès avaient été tant soit peu nombreux, on les suivait isolément avec tant de soin, que la méthode de l'inoculation aurait infailliblement succombé sous les coups de ses détracteurs. L'objection que nous avons provoquée reste donc sans valeur comme les suppositions toutes gratuites des docteurs Legrand et Lenoir.

En publiant les cinq cas de pannus que M. le docteur Sichel a vus guérir sous l'influence d'une ophthalmie aiguë accidentelle dans trois cas et provoquée dans les deux autres, nous avons saisi l'occasion de faire passer sous les yeux de nos lecteurs l'analyse de ceux que la science possède déjà, parce que nous croyons que ces faits étaient ignorés ou oubliés par beaucoup, et que si nous parvenons à déraciner chez quelques-uns une idée préconçue, un véritable préjugé, nous sommes intimement convaincu, après Jæger, Piringer, van Roosbroeck, Warlomont et Bader, que tous ceux qui se décideront enfin à employer l'inoculation blennorrhéique *dans les conditions seules où elle est indiquée* (voir plus haut), en retireront l'inestimable bienfait de la vue recouvrée pour leurs malades, et pour eux-mêmes la satisfaction d'avoir contribué à un si heureux résultat (1).

CHIMIE ET PHARMACIE

Un mot sur la menthe poivrée cultivée à Gennevilliers ;

Par M. Stanislas Martin, pharmacien.

En France la routine retarde souvent le progrès : on en a la preuve dans la lutte et les entraves qu'eurent à subir les économistes pour faire accepter par les agriculteurs, comme engrais, les eaux des égouts de Paris ; ce mauvais vouloir fut tel, que l'administration chargée de ce travail dut, pendant plusieurs années, concéder gratis

(1) On trouvera quelques-uns des documents dont il est question dans ce travail, analysés dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXI, p. 307, et t. XLVIII, p. 136.

et à titre d'essai les vastes terrains de Gennevilliers, sur la rive gauche de la Seine.

Le succès fut complet : les essais ont démontré que les eaux ménagères de Paris jouissent, comme on l'a déjà dit, d'une incomparable puissance végétative, et parmi les plantes alimentaires il en est qui acquirent nn développement prodigieux, soit en hauteur, soit en grosseur.

Il nous a semblé intéressant d'étudier la composition chimique de quelques-uns des végétaux soumis aux irrigations artificielles de Gennevilliers, pour la comparer avec celle de leurs congénères sous la même zone, mais dans un terrain non soumis à ces irrigations. Nous avons constaté que, chez quelques-unes des plantes qui ont subi l'influence des eaux des égouts, les cendres sont plus riches en principes minéraux que chez celles cultivées par les procédés ordinaires. Or, puisqu'il est reconnu que nous nous assimilons les principes salins des substances animales et végétales que nous mangeons, on en déduira l'avantage qu'il y a à utiliser les eaux des égouts de la capitale, et le bénéfice pécuniaire qu'il y aurait, pour les riverains du fleuve, à recevoir au moyen de tubes conducteurs les eaux vannes de Paris. Que faudrait-il pour cela ? Ce qu'on emploie aujourd'hui pour Gennevilliers : la vapeur, munie d'un propulseur beaucoup plus puissant. Il y aurait en outre un avantage pour les habitants de la ville de Saint-Denis : c'est que l'eau de la Seine leur viendrait un peu moins chargée de principes hétérogènes, et que par là on ferait droit à leurs incessantes réclamations.

Un honorable négociant, M. Chardin-Hadancourt, parfumeur à Paris, est le premier qui ait pensé à utiliser l'arrosage artificiel de la plaine de Gennevilliers pour la culture des plantes de la famille des labiées : le résultat fut si productif qu'aujourd'hui il y consacre 3 hectares de terrain à la culture de la menthe poivrée ; cette menthe pousse avec une telle vigueur, qu'il fait trois récoltes dans l'année, et que l'essence qu'il en retire par la distillation est bien supérieure, comme finesse d'arome et de goût, à celle qui nous vient d'Angleterre, et qui est si renommée.

M. Chardin a bien voulu nous remettre un échantillon de cette essence, pour la soumettre à l'appréciation des membres de la Société de pharmacie de Paris, afin qu'ils puissent juger que la menthe peut devenir une branche d'industrie très-importante, et que les pharmaciens qui emploient de grandes quantités de l'essence de

cette plante trouveront avantage à la préparer eux-mêmes, puisqu'il est bien rare de la trouver pure dans le commerce.

Formule pour la préparation des pilules d'essence de térébenthine ;

Par M. Lachambre, pharmacien.

Essence de térébenthine bien rectifiée. .	8 grammes.
Cire blanche	20 —
Sucre en poudre	8 —
Essence de citron (zeste)	2 gouttes.

Faites fondre la cire dans l'essence, versez dans un mortier, laissez refroidir, ensuite ajoutez le sucre et l'essence de citron et formez une masse que vous divisez en pilules de 25 centigrammes, roulées dans la poudre d'amidon et conservées dans un flacon en verre bien bouché.

Chaque pilule contiendra exactement 5 centigrammes d'essence.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Contusion du rein gauche; hématurie ; guérison.

Les reins, par leur situation dans le corps de l'homme, placés profondément dans la région lombaire, au niveau de la portion la plus solide de la colonne vertébrale, enveloppés d'une masse considérable de tissu adipeux, semblent être à l'abri de tout traumatisme direct, sinon de traumatisme par contre-coup ou indirect.

Comme le dit en effet Vidal (de Cassis), « pour arriver jusqu'aux reins, l'action d'un corps contondant épuise une partie de sa force sur les tissus qui les protégent ; ceux-ci subissent la contusion presque toujours à un degré supérieur. » La contusion du rein est ainsi un accident très-rare ; elle est ordinairement, sinon toujours, compliquée de désordres plus ou moins étendus des organes voisins, du foie, de la rate, du mésentère et des intestins.

Si je m'en rapportais à mes seules recherches bibliographiques, l'observation que je vais relater serait la seconde du même genre qui aurait été publiée dans la science. La première observation,

insérée dans la *Lancette française*, n° 102, en 1869, est de M. Notta. Comme la mienne, elle se rapporte à un cas où le rein seul a été contusionné.

Le 3 juin, je fus appelé à donner mes soins à Françoise Darrouzet, âgée de quatre ans, chez ses parents demeurant à Leyre, à quelques kilomètres de Dax.

Cette petite fille et trois autres enfants de son âge étaient assises dans un tombereau qui se trouvait arrêté pour qu'on le débarrassât de son chargement. Les bœufs qui le conduisaient, et qui étaient restés attelés, fatigués de rester stationnaires, partirent brusquement; une roue butant contre un poteau, le tombereau fut renversé et les quatre enfants qui s'y trouvaient furent violemment jetées à terre; une seule, la petite Françoise, fut blessée dans la chute et resta inanimée quelques instants. Son oncle, qui était le conducteur du tombereau, la recueillit d'abord dans sa maison, à peu de distance du lieu où était arrivé l'accident; puis, craignant qu'elle ne mourût chez lui, il la transporta chez son père. L'enfant fut mise au lit; elle accusait une violente douleur dans la région lombaire gauche et dans la partie correspondante de l'abdomen; elle se plaignait sans interruption.

Venu à Leyre immédiatement, à midi environ, je trouvai la petite malade pleurant et gémissant. Je l'examinai et je constatai que la région rénale gauche était très-douloureuse, car l'enfant poussait des cris aigus pendant mon exploration; rien d'apparent toutefois à la région rénale. Pouls très-faible, hoquet intermittent, revenant à de courts intervalles. L'enfant a senti le besoin d'uriner, mais elle n'a pu accomplir la miction.

Traitement. — Application de pommade de belladone et d'une pièce de laine mouillée dans de l'eau fortement mucilagineuse (semences de lin, son de froment, racines de guimauve, feuilles de mauve bouillie ensemble). Renouvellement de cette pièce mouillée de temps en temps. Tisane de chiendent édulcorée avec du sirop d'orgeat. Bouillon comme aliment.

La nuit du 3 au 4 juin a été mauvaise: agitation, sommeil interrompu à chaque instant par des soubresauts ou des rêvasseries; l'enfant parlait tout haut. Elle a pissé du sang deux fois: la première, en très-petite quantité; la seconde, en quantité évaluée à environ un verre. Miction difficile, cuisson à l'émission.

Dans la journée du 4, la petite malade a eu une assez forte fièvre, 130 pulsations; un peu de délire, agitation. Elle a uriné, mais avec douleur et difficulté. La percussion de la région lombaire gauche éveille une douleur qui s'irradie dans le flanc, ainsi que dans l'abdomen: constipation, gonflement persistant du ventre. Administration de 40 centigrammes de scammonée d'Alep en poudre, délayée dans une demi-tasse de lait chaud. Continuation de l'application de pommade de belladone et de la flanelle imbibée de la

décoction émolliente sur la région lombaire, le flanc gauche et le ventre ballonné. Eau de chiendent édulcorée avec du sirop d'orgeat. Bouillon de poulet.

La nuit du 4 au 5 a été moins mauvaise que celle de la veille. L'enfant a pu reposer durant quelques heures sans interruption. Toujours difficulté d'uriner. Plusieurs selles, à la suite desquelles la douleur du ventre semble avoir diminué.

Le 5, la mère a remarqué que sa fille a une large tache violacée, près de la colonne vertébrale, à la région lombaire gauche. Elle me la montre et je reconnais bien là la teinte ecchymotique, stigmate d'une forte contusion. Cette tache ne paraissait pas les premiers jours, elle ne s'est montrée ou n'a été remarquée que le troisième jour après l'accident. La petite malade a uriné, l'urine renfermait une certaine quantité do sang altéré et a laissé comme dépôt une boue très-épaisse et de couleur roussâtre foncée ; la miction n'a pas cessé d'être douloureuse, mais a été moins difficile ; constipation. Encore de la fièvre, mais moins, car la chaleur de la peau est à peu près normale. Boissons diurétiques. Bouillon avec vermicelle, pomme cuite.

La nuit du 5 au 6 assez bonne : sommeil tranquille. Miction toujours douloureuse, mais les urines sont moins rares ; elles sont encore de couleur marc de café. Pas de garde-robe. Douleur à la pression sur la région lombaire et le ventre.

Le 6, l'enfant a eu une selle dans la matinée, mais en petite quantité. Ventre un peu ballonné, douleur dans la région lombaire; miction douloureuse; urines de moins en moins rares, moins bourbeuses, présentant toujours la même coloration. Pas de fièvre. Boisson diurétique. Bouillon avec vermicelle. Œuf à la coque. Lavement avec huile de ricin, 20 grammes. — La nuit suivante a été bonne ; une selle dans la matinée. Miction moins douloureuse; urine peu épaisse, moins trouble, un peu moins foncée.

Le 7, mieux marqué. Douleur encore dans la région lombaire. Pas de fièvre. Urine toujours colorée, teinte acajou. Une selle diarrhéique. L'enfant a mangé avec appétit et aurait voulu manger davantage. Bain de siége, onctions belladonées; cataplasmes. Alimentation très-modérée.

Le 8, le mieux s'est maintenu. Je pense que l'enfant est hors de danger. On a essayé de la lever, mais elle ne pouvait pas se tenir, et l'on a été obligé de la remettre au lit. Les garde-robes sont toujours difficiles; elle urine avec facilité, mais avec une certaine appréhension. L'urine est encore couleur safranée. L'appétit s'est un peu ralenti. Pas de fièvre cependant. La tache ecchymotique est devenue couleur vert-chlore caractéristique. Continuation des bains de siége, tisane de chiendent ou d'orge. Alimentation délicate, quoique substantielle. Vin de quinquina. Lever l'enfant quelques heures chaque jour.

J'ai depuis revu deux fois la petite Françoise ; elle allait bien, mangeait avec appétit, avait repris ses fraîches couleurs ; elle avait

toutefois toujours de la douleur dans la région lombaire gauche. Cette douleur du reste n'a pas tardé à disparaître, et le 10 novembre, ayant eu occasion de visiter ma petite malade, je l'ai trouvée en très-bon état et ne se ressentant plus de l'accident grave dont elle avait été atteinte.

Dr P.-E. ANDANT,
Médecin de l'hôpital de Dax.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur le strabisme, les paralysies oculaires, le nystagmus, le blépharospasme, etc., professées par M. F. PANAS, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé, etc.; rédigées par M. G. LOREY, interne des hôpitaux, revues par le professeur; avec 10 figures. Paris, Ad. Delahaye, libraire, 1873.

Les trois premières des vingt-trois leçons de ce recueil, formant un ouvrage concis et pratique, sont consacrées à l'*anatomie des muscles de l'œil* et à leur *physiologie*, prolégomènes nécessaires pour comprendre le STRABISME, à la description duquel le professeur a employé neuf autres leçons, dont près de cinq sont réservées au traitement.

Les six leçons suivantes traitent des PARALYSIES OCULAIRES et de leur traitement médical et chirurgical.

Deux autres s'adressent à la paralysie isolée du muscle élévateur de la paupière (*ptosis paralytique*) et à celle du muscle orbiculaire (*lagophthalmos paralytique*).

Le NYSTAGMUS et le BLÉPHAROSPASME remplissent les deux dernières leçons, qui sont en même temps les plus courtes et les moins importantes.

Le cadre bien restreint dans lequel nous sommes obligé de nous renfermer ne nous permet même pas de donner un court aperçu de ces leçons, qu'il faut lire et relire avec attention et surtout avec suite pour en comprendre toute la netteté et la précision. Nous ne pouvons cependant résister au désir de citer quelques points importants relatifs au strabisme et à son traitement.

Paralysie et contracture doivent être écartées pour expliquer la *nature* même du strabisme, qui consiste, comme de Græfe l'a dit, dans une *disproportion constante entre la longueur moyenne des muscles antagonistes* (allongement de l'un et raccourcissement

de l'autre rendu permanent très-probablement par un trouble de nutrition des muscles).

A propos des *causes* (convulsions, taies de la cornée, cataracte congénitale, paralysies, inégalité dans l'acuité visuelle, asymétrie fonctionnelle ou incongruence des rétines, etc.), M. Panas prend soin de séparer du strabisme proprement dit le *strabisme faux*, qui n'est qu'une simple déviation physiologique de l'œil hypermétrope ou myope et se juge par l'exploration à l'aide des prismes (expérience de de Græfe). Il passe successivement en revue les diverses phases du strabisme, en commençant par *l'asthénopie musculaire*, nommée par de Græfe *strabisme latent* ou *dynamique*, qui mène graduellement au *strabisme périodique* ou *intermittent* (externe ou interne), puis en dernier lieu au *strabisme confirmé :* ce dernier comprend lui-même le *strabisme alternant* et le *double*, admis par Giraud-Teulon et nié par Wecker.

Le professeur divise le traitement en deux méthodes : la première consiste dans la gymnastique oculaire (méthode orthophthalmique), c'est-à-dire dans le redressement des axes optiques par l'exercice des muscles de l'œil et par le développement progressif de la sensibilité de la rétine à l'aide des *verres prismatiques*, des *lunettes appropriées* et de l'emploi du *stéréoscope*, préconisé surtout dans ces derniers temps par Javal.

La seconde méthode, chirurgicale, est la *strabotomie :* la myotomie est aujourd'hui abandonnée. En coupant le tendon dans sa gaîne et à son origine, on obtient l'allongement du muscle sans nuire à sa force de contraction. — Les procédés *classique, sous-muqueux* de Guérin, à *doubles plaies linéaires* et *horizontales* avec pont de muqueuse de Critchett, sont passés en revue ; puis viennent les *complications de la ténotomie* et la *strabotomie par avancement du tendon* (raccourcissement du muscle trop long), applicable dans les cas malheureux de ténotomie et dans les cas de paralysie.

A propos des *résultats définitifs de la strabotomie*, M. Panas conseille, avec beaucoup de raison, de ne pas trop promettre avant l'opération ; car on ne doit pas oublier que ce n'est guère que dans la moitié des cas à peine qu'il y a à la fois *rétablissement de la forme* et de la *fonction* de l'œil. Pour avoir le plus de chance d'arriver à ce double succès, on devra opérer aussitôt que possible après sa production, c'est-à-dire chez l'enfant. D[r] Gillette.

BULLETIN DES HOPITAUX

Du danger qu'il y a de réduire les anévrysmes de la crosse de l'aorte (1). — Les auteurs ont signalé des accidents cérébraux dans le cours des anévrysmes de la crosse de l'aorte sans bien indiquer ni saisir la cause de ces accidents ; un fait très-curieux qui s'est produit cette année, sous nos yeux, dans notre service, nous paraît jeter une vive lumière sur cet obscur sujet : il est instructif non-seulement au point de vue de la pathogénie de certains accidents, mais nous montre encore avec quelle prudence il convient de manipuler les anévrysmes de la crosse de l'aorte ; c'est cette dernière considération surtout qui nous engage à le publier dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Le 8 mars dernier, Martin (Charlemagne), âgé de cinquante-quatre ans, entrait dans notre service pour se faire traiter d'une tumeur occupant le bord droit du sternum au niveau des deuxième et troisième côtes. Il ne nous fut pas difficile de constater que nous étions en présence d'un anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte avec perforation du sternum.

Suivant notre habitude, nous faisions pratiquer l'examen du malade par un des élèves du service et nous avions successivement noté les caractères extérieurs de la tumeur, les battements, le bruit de souffle ; il nous fallait prouver que cette tumeur avait bien son point de départ dans la cavité thoracique et qu'elle avait troué le sternum ; nous recherchâmes donc si elle était réductible.

Le malade, homme fort intelligent et d'un caractère très-gai, ignorant complétement la gravité de son état, se prêtait de la meilleure grâce du monde à notre examen. Exerçant nous-même une douce pression sur la tumeur avec les doigts de la main droite, nous la réduisîmes complétement. Elle se reproduisit à mesure que nous diminuâmes la pression. Le malade n'en éprouva pas la moindre incommodité. Ne songeant nullement que cette expérience fût dangereuse, nous eûmes la malheureuse idée de la renouveler pour permettre aux élèves de se rendre compte de l'ouverture sternale ; mais à peine la réduction était-elle de nouveau obtenue que le malade, auquel nous demandions : *Souffrez-vous?* répondit : *Je ne.....*, et brusquement interrompit la phrase ; nous vîmes alors une transformation immédiate du facies : la bouche resta entr'ou-

(1) Cette même observation a été fournie à M. le docteur Gassion pour en faire le sujet de sa thèse inaugurale.

verte, les yeux sans expression, comme vitreux, les traits immobiles; la face, reflétant quelques secondes auparavant une vive intelligence, était devenue très-pâle et représentait un masque inerte; le corps était immobile et paraissait en complète résolution.

Nous soulevâmes immédiatement les deux bras du malade, le gauche seul retomba inerte. Quelques secondes après, la paralysie passa de gauche à droite. L'accident était arrivé à dix heures dix minutes. Déjà une demi-heure après l'intelligence avait reparu assez pour que le malade comprît les questions et essayât d'y répondre. A deux heures, l'hémiplégie droite commençait à diminuer; à trois heures, il se levait, à grand'peine il est vrai, et urinait volontairement. Le lendemain, l'hémiplégie avait à peu près complétement disparu, mais il restait une aphasie complète. L'aphasie diminuait elle-même les jours suivants, pour disparaître complétement vers le septième jour après l'accident.

Les phénomènes qui précèdent doivent, suivant nous, s'expliquer de la façon suivante : la poche anévrysmale était doublée à son intérieur par des caillots. Sous l'influence de la pression, l'un de ces caillots s'est détaché, et a été lancé instantanément vers la base du cerveau. Le chemin qu'a suivi le caillot nous paraît être le suivant : tronc brachio-céphalique, carotide primitive droite, carotide interne droite, communicante antérieure, artères cérébrale et moyenne gauches. Les symptômes observés paraissent bien en rapport avec ce trajet. Quel que soit du reste le chemin qu'a suivi l'embolus, le fait important est que l'arrivée d'un caillot dans l'hexagone artériel a déterminé l'anémie du lobe antérieur gauche et par suite les phénomènes apoplectiques ; que ce caillot a été détaché de la poche anévrysmale par une manœuvre intempestive.

Pour terminer l'histoire de ce malade, nous ajouterons que l'anévrysme a suivi sa marche habituelle; la peau s'est ulcérée peu à peu, des hémorrhagies sont survenues et l'une d'elles a emporté le malade le 9 mai, c'est-à-dire un mois après la production des accidents cérébraux ; nous ne dirons de l'autopsie que ce qui concerne les artères et le cerveau. Un examen attentif ne nous a fait découvrir l'existence d'aucun caillot dans les artères qui conduisent le sang à la base de l'encéphale. Les artères cérébrales elles-mêmes étaient parfaitement normales, et ne contenaient pas trace de caillot. Celui-ci avait donc été entièrement résorbé, ce que faisait prévoir d'ailleurs la disparition des accidents ; la rapidité de la résorption doit faire admettre encore que le caillot était mou, qu'il était de ceux qu'on a désignés sous le nom de *caillots passifs*.

Ce fait remarquable, et si rare que M. Gassion dans ses recherches n'en a trouvé que trois analogues, porte avec lui cet enseignement pratique : apporter une grande prudence dans l'examen des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Dr Tillaux.
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Des moyens chirurgicaux pour activer l'accroissement des os chez l'homme. Nos lecteurs se souviennent de la note présentée par M. Ollier à l'Académie des sciences, et que nous avons enregistrée dans notre dernier volume (p. 377), sur les moyens d'augmenter la longueur des os et d'arrêter leur accroissement. L'auteur est revenu, au congrès de Lyon, sur cette importante question, qu'il a traitée au point de vue des applications chirurgicales, en limitant son exposition surtout à l'accroissement des os en longueur.

Partant de données théoriques qu'il a commencé par rappeler, il s'est demandé si l'on ne pourrait pas appliquer les résultats expérimentaux à la pratique chirurgicale. « A Lyon, a-t il dit, où les maladies osseuses sont si fréquentes, les occasions ne seraient pas rares de faire bénéficier quelques malades des avantages de ces procédés.

« Un premier point consiste à respecter la moelle ; ce tissu est trop susceptible, trop délicat, trop enclin à l'inflammation grave et étendue, pour qu'on ose y toucher. Mais, sans aller si loin, il est un moyen des plus simples, applicable, bien entendu, aux os superficiels, et capable de déterminer une irritation bien suffisante : c'est le cautère placé au-devant de la jambe ou sur le cubitus ; la plaie est innocente, peu douloureuse, et, en raison même de son nom, facilement acceptée par les malades.

« J'ai dans mon service une jeune fille entrée pour une ostéite juxta-épiphysaire qui avait laissé à sa suite une flexion presque complète de la jambe sur la cuisse, une ankylose apparente avec atrophie de tout le membre. Après redressement, on trouvait entre les tibias une différence de 24 millimètres. J'appliquai alors au-devant de la jambe une traînée de pâte de Vienne, puis de la pâte de Canquoin ; il survint une exfoliation d'environ 1 centimètre carré et un épaississement très-notable du tibia. Au bout de cinq semaines, on constatait déjà un peu d'allongement, et après trois mois nous n'avions plus que 15 millimètres de différence entre les deux os ; je dois le dire, cette différence n'a pas changé depuis un mois.

« Je préfère de beaucoup l'application de ce cautère, qui est sans danger, sans importance, au grattage au poinçon, dont la manœuvre est toujours plus douloureuse et, de plus, dangereuse.

« Dans quels cas ces procédés seront-ils applicables ? Dans tous ceux où il y aura arrêt d'accroissement déterminant une gêne sérieuse pour la marche, et malheureusement ces cas sont encore trop nombreux ; exemple, les arrêts qui surviennent à la suite d'ostéites juxta-épiphysaires, dans les cas d'atrophie paralytique de l'enfance, etc.

« J'irrite le tibia plutôt que le péroné, parce que c'est un os plus fort, et pour une autre raison que voici : l'étude des ostéites prouve qu'à la suite des allongements de l'os il n'y a jamais de déviation du pied, et que le péroné est entraîné ; il se luxe en haut et descend avec le tibia.

« Tels sont les moyens applicables pour déterminer un allongement. Nous avons vu que, pour arrêter l'accroissement, il faut enlever le cartilage ;

pareille opération est-elle possible chirurgicalement? Le voisinage du cartilage de conjugaison et des articulations la rend plus grave et plus sérieuse; aussi ne pourra-t-on l'employer que pour certaines extrémités osseuses, en usant de prudence et de circonspection. Il n'est pas besoin du reste d'enlever le cartilage en entier; pourvu qu'une portion notable soit broyée, détruite, l'effet sera obtenu.

« J'ai pratiqué deux fois cette opération; un de mes malades a été perdu de vue; le second était un jeune homme de quatorze ans atteint d'ostéite suppurée du radius, avec altération du cartilage ayant déterminé un arrêt d'accroissement de l'os. Le cubitus croissant toujours, la main s'inclinait sur le côté externe et le membre se déformait tous les jours de plus en plus. Aucun appareil ne parvenait à arrêter la marche de cette inclinaison; je cherchai à arrêter l'accroissement du cubitus: j'enlevai un tiers du cartilage de conjugaison, je broyai le reste. Après trois mois, la main se redressa. Vous voyez, par le moulage à deux époques différentes, avant et douze mois après l'opération, les résultats remarquables qui ont été obtenus.

« Cette application, suivie de succès, pourra être mise à contribution dans des cas analogues; il suffit d'agir avec prudence. Je me résume en disant que les procédés expérimentaux institués pour arrêter ou activer l'accroissement des os peuvent être mis en pratique dans l'exercice de la chirurgie sans danger pour la vie des malades. »

« M. Ollier a fait ensuite passer sous les yeux des membres de la section divers moulages ou pièces pathologiques qui confirment pleinement les résultats énoncés (Association française pour l'avancement des sciences, congrès de Lyon, in *Rev. scientif.*) (1).

Sur le redressement brusque du genou en dedans; communication par **M. X. Delore.** Le genou en dedans s'observe très-communément à Lyon, où le rachitisme et la scrofule règnent sur une vaste étendue. On trouve, à l'examen d'un membre atteint de genou en dedans, la courbure postérieure du fémur exagérée, un abaissement de la tubérosité interne, abaissement qui atteint jusqu'à 4 à 5 centimètres. En faisant fléchir la cuisse sur le bassin, cette déformation devient des plus apparentes.

Au tibia, on trouve également une courbure exagérée qui concourt au déjettement du pied en dehors. Ces deux incurvations réunies, tibia et fémur, forment une grande courbure fournie moitié par la cuisse, moitié par le bassin.

Pour remédier à ces déformations, on a songé à employer des appareils; ils empêchent la déformation de se prononcer davantage, mais ils ne la guérissent pas. Blanc, orthopédiste lyonnais, avait imaginé, sans grand succès, de profiter du mouvement en dedans qui se produit dans l'articulation du genou pendant la marche, pour guérir le genou en dedans.

Un second moyen consiste dans le redressement lent; c'est un procédé peu applicable, en raison du long séjour au lit nécessité pour sa réussite. Les enfants s'affaiblissent et sont, en outre, par ce séjour prolongé dans les hôpitaux, exposés à contracter une infinité de maladies.

M. Delore emploie le redressement brusque; il l'a pratiqué environ trois cent cinquante fois sans avoir jamais d'accidents. Il ne faut pas le faire sur des sujets d'un certain âge (au-dessus de quinze, seize ans): le traumatisme peut alors devenir grave; il l'a cependant fait sur un garçon de vingt ans, et le traitement a si bien réussi que le malade a servi comme mobile pendant la dernière guerre. Il ne l'entreprendait pas non plus sur des enfants trop débiles; il faut que le sujet ait une certaine vigueur.

Voici comment il exécute ce redressement: l'enfant étant éthérisé, le membre dévié est étendu sur le bord externe et fixé par un aide. Le chirurgien, par des violences manuelles, progressives et méthodiques, presse sur le genou, en s'aidant, au besoin, du poids de la poitrine; ces efforts sont continués pendant cinq, dix, vingt minutes, suivant la résistance, jusqu'à ce que l'on sente le membre céder. Pendant ces manœuvres, il se produit des craquements dus à des déchirures du périoste, à des décollements osseux. Jamais il n'y a eu de fracture, excepté dans un seul cas, où

(1) Voir aux Variétés, p. 237, une note sur le congrès et les divers travaux présentés à la section médicale.

l'on perçut pendant plusieurs jours la crépitation.

Comment se produit ce redressement? Plusieurs causes y concourent: d'abord la laxité des ligaments, d'autant plus grande que la déformation est plus prononcée ; ensuite l'élasticité particulière des os chez les rachitiques, les décollements du périoste, décollements qui remontent quelquefois à une assez grande hauteur. Une dernière cause, de beaucoup la plus importante, est le décollement épiphysaire, qui se produit sur le fémur ou le tibia, ou sur les deux os à la fois, parfois même au péroné ; c'est à ce décollement que sont dus ces craquements que l'on entend pendant les manœuvres de redressement. En même temps, et sur le côté opposé de l'extrémité inférieure du fémur, il se produit un tassement.

Pour maintenir le redressement, il suffit d'un bandage amidonné bien appliqué ; les suites locales sont simples ; la cicatrisation se fait régulièrement ; et après un mois, cinq semaines, le membre est redressé sans autre inconvénient. Le rétablissement des mouvements se fait toujours très-bien, et M. Delore n'a jamais vu, à la suite de cette opération, l'allongement du membre être entravé en quoi que ce soit. (*Ibid.*)

Modification légère dans un temps de l'opération de la cataracte, présentée par M. Gayet (de Lyon). « J'ai pratiqué, dit-il, 216 cataractes l'an dernier; cette année, déjà plus de 150, toujours par le procédé de de Græfe et en maintenant l'iridectomie. Je me suis attaché surtout à un point, l'étude de l'acuité visuelle; c'est en effet ce résultat qui doit surtout préoccuper. Or le manque ou l'imperfection de cette acuité visuelle sont dus à l'altération de la capsule; en examinant le champ pupillaire quelque temps après l'opération, on le voit plus ou moins rempli par des débris de capsule, et je n'ai jamais rencontré, même dans les cas les plus heureux, un champ pupillaire parfaitement net.

« Préoccupés de ces inconvénients, Ritcher, Beer, avaient songé à enlever la capsule; Sperino et Pagenstecher mirent cette opération en pratique; mais, pour mon compte, je la repousse comme dangereuse.

« En remarquant la forme des opacités et leur siége sur la cristalloïde antérieure, je me suis demandé s'il n'y avait pas avantage à conserver le plus possible l'intégrité de la capsule, et à faire sortir le cristallin par le bord équatorial. La chose est possible et même assez facile; une pression sur le centre de la cornée amène le bord du cristallin près des lèvres de la plaie en le faisant saillir d'environ 2 millimètres. Cette saillie permet de le ponctionner facilement en pratiquant l'incision scléroticale. La cristalloïde ouverte dans ces conditions, le cristallin sort avec facilité et tout entier; on vide ainsi la capsule très-complétement.

« Chez plusieurs malades que j'ai opérés ainsi, l'acuité visuelle était très-bien conservée; un d'entre eux notamment avait un champ pupillaire d'une pureté absolue, et lisait le numéro 1 de l'échelle de Giraud-Teulon avec $2\,1/2$.

Disons-le, ce procédé n'est applicable que lorsque la cristalloïde est intacte; il présente de plus un léger inconvénient, c'est celui d'obliger à confier la pince fixatrice à un aide, l'opérateur ayant à tenir le couteau et à presser sur la cornée pour faciliter la manœuvre indiquée.

« Quoique ne reposant pas sur un très-grand nombre de faits, ces résultats m'ont paru assez importants pour être signalés, en faisant toutefois les réserves que commande une étude encore incomplète. » (*Ibid.*)

REVUE DES JOURNAUX

Hernie étranglée; tympanite abdominale; bons effets de la ponction de l'abdomen et de la hernie. M. le docteur Cauvy a adressé à M. le professeur Fonssagrives une observation relative à un individu atteint d'une hernie inguinale, dans laquelle il s'était produit de l'étranglement suivi d'irréductibilité et d'une tympanite abdominale très-considérable. Six ponctions furent pratiquées successivement, dans l'espace de dix jours, tant sur l'abdomen que sur la hernie; ponctions qui

procurèrent chaque fois, avec l'évacuation d'une grande quantité de gaz, un soulagement de plus en plus marqué des souffrances du malade. Ces ponctions, en enrayant les accidents, en diminuant la dyspnée, en détendant la tumeur, donnèrent le moyen d'attendre qu'elle devînt assez molle et assez diminuée de volume. La réduction fut enfin obtenue. (*Montpellier méd.*, juin 1873.)

Corps étranger de l'urèthre ; uréthrotomie externe ; guérison. Il existe, pour extraire les corps étrangers de l'urèthre par les voies naturelles, plusieurs méthodes et un assez grand nombre d'instruments spécialement inventés, dont quelques-uns sont extrêmement ingénieux. Mais ces méthodes et ces instruments ne sont pas applicables à tous les cas. C'est ce qui a eu lieu chez un individu qui a fait le sujet d'une leçon clinique de M. le professeur Richet (recueillie par M. Hutinel, interne du service).

Cet homme, s'étant introduit une épingle à cheveux dans le canal, l'avait laissée échapper, et le corps étranger, pénétrant profondément, ne s'était arrêté qu'au niveau de la région membraneuse, où on le sentait facilement par le périnée. Ne pouvant songer, à cette profondeur, à combiner la flexion de la verge avec des pressions sur l'épingle pour amener son expulsion, et ayant d'ailleurs échoué dans l'essai d'autres moyens pour l'extraction directe, notamment dans l'emploi de la longue pince imaginée dans ce but par M. Collin, M. Richet se décida pour l'uréthrotomie externe, au moyen de laquelle le corps étranger fut extrait sans beaucoup de difficulté.

Sans entrer dans les détails du procédé opératoire mis à exécution dans ce cas, nous nous bornerons à dire le mode de traitement adopté par le professeur à la suite de l'opération, lequel nous paraît parfaitement rationnel et fondé sur l'expérience même; l'extraction faite, le malade fut renvoyé à son lit, *sans sonde à demeure*.

En général, on le sait, après l'incision de l'urèthre et l'extraction des corps étrangers, les chirurgiens sont tous d'accord pour mettre une sonde à demeure. M. Richet a renoncé à cette pratique, et en voici succinctement les motifs.

On met une sonde à demeure :

1° *Pour empêcher l'urine de sortir par la plaie.* — Sans doute l'urine sort librement par la sonde, quand celle-ci est débouchée ; mais quand on la ferme, et on le fait généralement, le liquide s'accumule dans la vessie et, comme le col ne s'applique pas hermétiquement sur l'instrument, il s'écoule toujours entre celui-ci et le canal une certaine quantité d'urine qui vient filtrer par la plaie ; de plus, il sort également par celle-ci des exsudats sécrétés par la muqueuse qu'irrite le contact permanent d'un corps étranger. Le résultat est donc tout à fait opposé à celui qu'on se proposait en mettant la sonde à demeure ;

2° *Pour maintenir les parois du canal écartées et empêcher, lors de la cicatrisation, la formation d'un rétrécissement.* — Mais, de la sorte, la réunion ne se fait point par première intention ; la plaie uréthrale suppure au contraire constamment et ne se réunit que tardivement. Or on sait combien les parois du canal qui ont suppuré, surtout à ce niveau, sont aptes à se rétrécir. Au lieu donc de prévenir par cette pratique la formation d'un rétrécissement, on la rend presque fatale.

Le malade fut donc, dans le cas en question, renvoyé à son lit sans sonde à demeure, mais avec la recommandation de manger peu, de s'abstenir de boissons le plus qu'il pourrait, de garder ses urines le plus longtemps possible, et de se faire sonder si le besoin d'uriner devenait trop pressant. Ces prescriptions furent suivies ponctuellement jusqu'au lendemain à la visite, vingt-quatre heures après l'opération ; la plaie était réunie. Le chirurgien passa avec précaution une sonde à grande courbure et vida la vessie sans qu'une goutte d'urine sortît par la plaie. Le malade, moins prudent le jour suivant, urina seul au bout de douze heures sans que l'urine sortît davantage par la plaie. Le résultat était donc obtenu : la réunion s'était faite par première intention. La sonde fut de nouveau passée plusieurs fois pour empêcher tout rétrécissement de se former, non par suite de la plaie chirurgicale, mais plutôt en raison des éraillures qu'avait pu produire l'épingle. Un érysipèle qui survint (il y en avait une épidé-

mie dans les salles) fit craindre un moment que la guérison ne fût compromise, mais les accidents furent enrayés heureusement. (*Union médicale*, 1873, n° 101.)

VARIÉTÉS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. *Congrès de Lyon.* — L'Association française pour l'avancement des sciences, dont nous avons été heureux de saluer la fondation, et qui avait tenu sa première session l'an dernier à Bordeaux, vient d'avoir son deuxième congrès à Lyon.

La séance d'inauguration, à laquelle se pressait une grande affluence de savants, a été ouverte le 21 août, à trois heures, dans les magnifiques salons de l'hôtel de ville, sous la présidence de M. de Quatrefages, assisté de M. Piaton, président du comité local; de MM. Wurtz, Dareste, recteur de l'Académie ; Gariel, secrétaire général du conseil; et G. Masson, trésorier.

Après un discours de M. Ducros, préfet du Rhône, qui a souhaité, au nom de la ville de Lyon, la bienvenue aux membres du congrès, deux autres discours ont été prononcés, l'un par M. le président, l'autre par le secrétaire général, et ont soulevé d'unanimes applaudissements.

On n'attend pas que nous présentions dans ce journal un exposé des travaux du congrès; nous devons nécessairement nous en tenir à ceux de la section des sciences médicales. Les communications de cet ordre ont été nombreuses et d'un haut intérêt. Nous allons les énumérer, afin que nos lecteurs puissent en apprécier l'importance, nous réservant d'analyser, dans cette livraison et dans la suivante, celles qui se rapportent à la thérapeutique :

M. le docteur OLLIER : Sur les moyens chirurgicaux pour activer l'accroissement des os chez l'homme.

M. CHAUVEAU : Sur la transmission de la tuberculose par les voies digestives, fondée sur des expériences nouvelles.

M. le docteur J. GAYAT (de Lyon) : Expériences et interprétations nouvelles sur la régénération du cristallin.

M. le docteur GAYET (de Lyon) : Sur une modification légère dans un temps de l'opération de la cataracte.

M. le docteur FOLTZ (de Lyon) : Sur la comparaison du pied et de la main suivant l'homologie du pouce avec les derniers orteils. (Cette communication a donné lieu à une discussion entre M. le professeur MARTINS et l'auteur.)

M. le docteur DIDAY : Sur une théorie physiologique de l'amour.

M. le docteur LEUDET (de Rouen) : Sur l'utilité de la physiologie pathologique démontrée par l'étude de la névralgie sciatique.

M. le docteur X. Delore : Sur le redressement brusque du genou en dedans.

M. H. Blanc, chirurgien-major dans l'armée britannique : Les moyens de se préserver du choléra, étude fondée sur une connaissance des causes et du mode de propagation de cette maladie.

MM. Arloing et Tripier : Lésion organique de nature parasitaire chez le poulet. Transmission par la voie digestive à des animaux de même espèce. Analogies avec la tuberculose.

M. le docteur Azam (de Bordeaux) : Sur une méthode de réunion des plaies d'amputation. (Cette communication est devenue le sujet d'une discussion importante, à laquelle ont pris part MM. le professeur Verneuil, les docteurs Le Dentu, Diday, Fochier, le professeur Courty, le docteur Ollier.)

M. le docteur Le Dentu : Sur un procédé d'autoplastie conjonctivale appliqué au traitement du symblépharon.

M. le docteur L. Tripier : Sur les amputations à lambeaux périostiques.

M. le docteur Chassagny : Démonstration, à l'aide de son appareil à double ballon, de la méthode qu'il applique dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.

M. le docteur D. Mollière : Relation de trois expériences relatives à la déviation de la colonne vertébrale.

M. le docteur Séguin, délégué du congrès médical des Etats-Unis, demande la nomination d'une commission pour réglementer d'une façon uniforme l'observation des malades dans la pratique civile et utiliser les nombreux matériaux scientifiques qui se perdent de ce côté.

M. Marey : Recherches sur les conditions dynamiques du travail du cœur. — Deuxième communication sur un appareil pour l'étude clinique des mouvements respiratoires.

M. le docteur Pétrequin : Recherches expérimentales sur le climat du midi de la France.

M. le docteur Riembault (de Saint-Etienne) : Conclusions d'un mémoire sur l'encombrement charbonneux des poumons chez les mineurs.

M. le docteur Dagrève : Communication de deux observations de sa pratique relatives à l'emploi de l'électricité.

M. le docteur Favre : Recherches sur les cas de daltonisme chez les employés de chemin de fer.

M. le professeur Courty : Mémoire destiné à montrer l'importance de l'immobilité et de l'attitude naturelle dans le traitement des maladies articulaires.

M. le docteur Laroyenne : Sur une maladie nouvelle chez les nouveau-nés. (M. le docteur Parrot cite, à l'occasion de cette communication, un cas de maladie semblable qu'il a observé.)

M. le professeur VERNEUIL : Communication orale sur les causes réelles de l'allongement ou du raccourcissement apparents dans la coxalgie.

Telles sont les communications qui ont occupé la section des sciences médicales. Nous regrettons de n'en pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs que cette sèche énumération ; mais l'espace nous manque pour nous étendre plus longuement, comme il nous manque pour donner même une simple mention à d'autres sections, dont les travaux intéresseraient sans aucun doute des médecins, celles d'anthropologie, d'histoire naturelle, de chimie notamment. Nous devons donc nous arrêter.

Nous ne pouvons toutefois nous dispenser de mentionner, comme se rattachant aux travaux de la section médicale, une excursion scientifique des plus intéressantes faite en ballon, sous la conduite de M. Poitevin fils, aéronaute, par MM. le professeur Martins, de Montpellier; le docteur Pozzi, aide d'anatomie de la Faculté de Paris; le docteur H. Coutagne, de Lyon ; Estienne, l'un des rédacteurs du journal *le Salut public*. A une altitude de 2200 mètres, diverses expériences ont été faites : recueillir les gaz de la respiration ; — faire pénétrer de l'air dans un ballon Pasteur ; — noter le nombre des pulsations du pouls et des mouvements respiratoires ; — prendre des tracés sphygmographiques ; — expériences dont les résultats seront ultérieurement publiés. — Malheureusement cette excursion, qui avait débuté d'ailleurs dans d'assez mauvaises conditions, tant à cause du mauvais temps que de l'état assez médiocre de l'aérostat, a failli se terminer d'une manière bien regrettable. A la descente, qui a eu lieu plus tôt que les voyageurs ne l'auraient voulu (près du lac des Rousses, Jura), la nacelle a éprouvé un choc violent et a été traînée l'espace de quelques mètres ; M. le professeur Martins et l'aéronaute ont reçu de fortes contusions, mais qui, nous sommes heureux de pouvoir le dire, n'auront pas de suites graves.

Le congrès a été clos le jour indiqué, 28 août. La troisième session aura lieu l'année prochaine, à Lille, sous la présidence de M. Wurtz.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par arrêté, en date du 22 août, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts a déclaré vacante la chaire de médecine légale et de toxicologie. Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à la Faculté et au conseil académique.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — La réouverture des cours aura lieu le 3 novembre.

Hôpitaux et hospices. — L'ouverture des concours pour l'externat et l'internat dans les hôpitaux de Paris aura lieu les 6 et 13 octobre, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique.

Service de santé militaire. — Par décret du 18 août, ont été promus : *Au grade de médecin principal de première classe* : M. Cordier ; — *Au grade de médecin principal de deuxième classe* : M. Cocud ; — *Au grade de médecin-major de première classe* : MM. Giard, Schreiner, Balley.

Examen des officiers de santé. — Le Président de la République a rendu le décret suivant, en date du 23 août 1873 :

Art. 1er. Les officiers de santé et pharmaciens de deuxième classe qui veulent s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus, peuvent être dispensés par le ministre de l'instruction publique des deux premiers examens de fin d'études.

Le troisième examen sera subi par eux devant le jury de la Faculté de médecine ou de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de laquelle relève le département où ils se proposent d'exercer.

Art. 2. Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'instruction publique, des lettres et des beaux-arts, et le ministre de l'agriculture et du commerce sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Société protectrice de l'enfance de Marseille. — Cette société, dont le président est M. le docteur Maurin, et le secrétaire général M. H. Martel, prépare une exposition d'économie domestique spéciale au premier âge, qui aura pour effet de grouper à Marseille tous les objets utiles à l'enfance. Un congrès médical et scientifique également spécial à l'enfance coïncidera avec cette exposition, dont l'ouverture doit avoir lieu le 2 février 1874. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir le mérite et l'utilité de cette double entreprise, à laquelle nous souhaitons tout le succès dont elle est digne.

Choléra a Paris. — D'après les relevés officiels communiqués par M. Delpech à l'Académie de médecine dans la séance du 9 septembre, il y a eu à Paris, du 3 au 8 septembre inclusivement, environ soixante décès cholériques, tant en ville que dans les hôpitaux.

Le rédacteur-gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'emploi de l'alcool dans la fièvre typhoïde et dans le choléra infantile ;

Par M. le docteur Fournier, chirurgien adjoint des hôpitaux de Compiègne.

Depuis les travaux de M. le professeur Béhier, l'emploi de l'alcool, emprunté aux médecins anglais, est entré en France dans la pratique ordinaire, et il est peu de médecins qui n'aient fait usage de cet agent, surtout dans la pneumonie. Mais si l'efficacité de l'alcool est regardée comme un fait acquis dans cette dernière maladie, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'autres affections aiguës ; c'est ainsi que, selon M. Béhier lui-même, l'action de ce médicament a été nulle dans la fièvre typhoïde grave, au moins dans les cas où ce professeur éminent l'a employé (1). D'autre part, bien que M. le docteur Louis Lefort se soit bien trouvé de l'emploi de l'alcool dans le traitement du choléra des enfants (2), nous sommes persuadé que bon nombre de nos confrères sont encore peu convaincus de son utilité dans cette affection si fréquente et si redoutable.

Ces considérations nous engagent à publier les faits que nous avons observés, faits qui nous paraissent démontrer, malgré leur petit nombre, l'utilité de l'alcool dans le traitement de la fièvre typhoïde et du choléra infantile. Nous espérons qu'ils suffiront pour engager nos confrères à essayer cette médication ; nous n'avons pas la prétention d'apprendre quelque chose de bien nouveau, nous désirons simplement soumettre aux lecteurs du *Bulletin* les résultats de notre modeste expérience.

Nous partagerons ce travail en deux parties, la première qui se rapporte à la fièvre typhoïde, la seconde au choléra des enfants.

1° Fièvre typhoïde. — La plupart de nos observations ont été prises, pendant la malheureuse guerre de 1870, sur des soldats allemands que nous avions dû recevoir dans les salles de l'ambulance internationale qui avait été organisée à Compiègne et dont

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Alcool.
(2) *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1854.

nous avions l'honneur d'être le chirurgien-major. Laissant de côté les cas les plus légers, nous ne parlerons que de quatorze malades, sur lesquels six seulement ont été soumis au traitement que nous étudions ; nous donnons d'une manière succincte les observations de ces différents cas, afin d'avoir un point de comparaison qui nous fasse comprendre l'influence du médicament, et nous y ajoutons le récit plus détaillé de trois faits qui appartiennent à notre pratique civile.

Obs. I. — Kallen, soldat au régiment Augusta, âgé de vingt-cinq ans, d'une forte constitution, entre à l'ambulance le 24 septembre 1870, n° 40 ; au moment de l'entrée, il a de la fièvre avec céphalalgie, courbature, diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque droite, la langue est saburrale :

Huile de ricin, bouillon, eau vineuse.

Le 27, la prostration est très-grande ; surdité, diarrhée, gargouillement, pas de taches rosées lenticulaires, fièvre, pouls à 105.

Extrait de quinquina, vin, bouillon, lait.

Le 7 octobre, des accidents surviennent du côté des bronches, il y a des râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine ; la diarrhée continue, la langue est sèche ; pouls à 110 :

Kermès, quinquina, vin, lait.

Le 15, la maladie est à son apogée, le pouls s'élève à 124, mais il n'y a pas de délire ; la fièvre diminue à partir du 25, mais la convalescence est longue et le malade n'est guéri complétement que le 15 décembre, après cinquante-deux jours de maladie.

Obs. II. — Frédéric, soldat au même régiment, âgé de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, lymphatique, entre le 22 septembre, n° 41 ; il est malade depuis trois jours : céphalalgie, fièvre et courbature, ventre sensible à la pression, soif vive.

Le 26, on observe une légère épistaxis, du gargouillement, de la diarrhée, le ventre est météorisé, il y a des bourdonnements d'oreilles :

Huile de ricin.

Le 28, mêmes symptômes ; la prostration est extrême :

Eau vineuse, bouillon.

Le 1er octobre, l'état typhoïde se prononce davantage, les dents sont fuligineuses, pas de taches rosées, pouls à 120 :

Huile de ricin.

Le 10, même état :

Quinquina.

Le 17 survient un gonflement très-prononcé des articulations tibio-tarsiennes et des pieds ; ce gonflement est accompagné d'une rougeur très-intense de la peau. Le malade répond difficilement

aux questions qui lui sont posées ; la fièvre a cependant diminué ; pouls à 90, petit ; la diarrhée continue :

Quinquina, potages, lait, vin.

La diarrhée continuant le 5 novembre, bien que la fièvre ait encore diminué et que le malade commence à accepter volontiers des aliments légers, on donne le vin de Chassaing ; la diarrhée disparaît. Le malade est guéri le 14 décembre, après une longue convalescence.

Obs. III. — Kaul, sous-officier aux cuirassiers blancs, âgé de vingt-deux ans, sanguin, d'une constitution très robuste, entre le 22 septembre, n° 42 ; il est malade depuis quatre jours. On observe chez lui les symptômes suivants : céphalalgie, courbature, diarrhée, gargouillement, fièvre :

Huile de ricin.

Dès le 5 octobre, la fièvre typhoïde est confirmée ; elle se présente avec tout son cortége ordinaire de symptômes, sauf les taches rosées ; il y a un peu de délire ; la langue est sèche.

Le 10, une pneumonie vient compliquer l'affection principale :

Kermès, quinquina.

Le malade est guéri le 18 décembre, après soixante jours de maladie.

Obs. IV. — Freudenstein, cuirassier blanc, vingt-six ans, très-robuste, entre le 25 septembre, n° 44 ; il présente déjà tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave.

Le 27, il est pris de délire, les dents sont fuligineuses, la langue sèche ; il a des soubresauts de tendons : nous avons sous les yeux un cas de fièvre à forme ataxique prononcée.

Le 6 octobre il y a, de plus, une bronchite générale. Le malade succombe le 14. Le traitement a consisté en purgatifs au début, quinquina, musc, opium, bromure de potassium, kermès.

Obs. V. — Ege, soldat au régiment Augusta, marié, âgé de trente-deux ans, robuste, entre le 24 septembre, n° 45 ; il offre également, au bout de quelques jours, tous les signes de la fièvre typhoïde, moins les taches rosées ; il y a de la prostration, de la surdité, des râles bronchiques. Le traitement a consisté en purgatifs et en toniques : quinquina, vin. Bien que la maladie n'ait présenté aucun caractère grave, le malade n'a guéri que vers le 14 décembre, après cinquante jours de maladie.

Jusqu'au mois de novembre, nous n'avons pas eu de nouveaux cas ; mais, le 22 de ce mois, tous les lits vacants étaient envahis par les malades du corps d'armée de Manteuffel. C'est alors qu'en présence des signes de prostration que présentaient ces malades nous songeâmes à administrer l'alcool.

Obs. VI. — Oerden, soldat d'infanterie, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution moyenne, entre le 22 novembre, n° 18 ; on observe chez lui les symptômes suivants : courbature, fièvre, céphalalgie, diarrhée, langue sale, météorisme, gargouillement dans la fosse iliaque droite, râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine, oppression, toux, expectoration abondante composée de matières muqueuses blanches :

Julep diacodé avec 20 centigrammes de kermès, vin.

Le 25, la langue est sèche, dents fuligineuses, subdelirium, diarrhée :

Potion musquée.

Le 28, le délire a augmenté, soubresauts de tendons, pouls à 140, diarrhée abondante :

Potion avec 40 grammes d'alcool.

Le 29, le délire a diminué, le malade répond à nos questions, pouls à 120:

Alcool.

L'état s'aggrave le 2 décembre ; mort le 3.

Obs. VII. — Baez, soldat d'infanterie, vingt-huit ans, de moyenne constitution, entre le 22 novembre, n° 19 ; courbature, céphalalgie, prostration extrême, fièvre, diarrhée, langue sale :

Huile de ricin, lait, bouillon, vin.

Le 25, ventre douloureux, gargouillement, diarrhée très-abondante, épistaxis, pouls très-petit, à 115 :

Opium, cataplasmes.

Le 28, langue sèche, météorisme, agitation la nuit, subdelirium, pouls à 125 :

Potion avec 40 grammes d'alcool.

Le 1er décembre, la maladie prend un caractère d'extrême gravité, le malade n'a plus conscience de son état, il laisse aller sous lui, il y a eu une hémorrhagie intestinale ; l'odeur qu'il répand autour de lui est tellement fétide, que nous sommes obligés de le placer seul dans une chambre ; on continue l'alcool : 60 grammes dans les vingt-quatre heures.

Jusqu'au 4, l'état reste le même ; le malade, sans connaissance, paraît sur le point de succomber ; il laisse toujours aller sous lui ; la peau est froide, le pouls, presque insensible, est d'une fréquence extrême. Presque toutes les demi-heures, la sœur chargée du service lui introduit de l'alcool dans la bouche. Enfin, le 4, le pouls devient plus perceptible, à 130, la peau est plus chaude. Les jours suivants la diarrhée diminue, les dents sont toujours noires, mais la langue est moins sèche.

Le 8, le malade nous reconnaît, il sourit aux paroles d'encouragement que nous lui adressons ; le pouls est à 105, le ventre est plus souple, il y a eu seulement quatre garde-robes dans les vingt-quatre heures.

A partir de ce jour le mieux s'accentue de plus en plus : on con-

tinue l'alcool jusqu'au 26 décembre, le malade commence alors à manger, mais il survient de la lienterie; l'administration de la pepsine fait cesser promptement cet accident.

La guérison est complète le 10 janvier, après cinquante jours.

Obs. VIII. — Rogge, soldat d'infanterie, entré le 22 novembre, n° 60, présente les mêmes symptômes que les malades précédents:

Huile de ricin.

Le 25, la langue reste saburrale; météorisme, fièvre plus intense :

Eau de Sedlitz.

Le 28, la faiblesse s'accentue davantage, la langue est sèche, subdelirium, pouls à 126 :

Potion avec 40 grammes d'alcool.

Ce traitement est continué jusqu'au 9 décembre, le malade est alors beaucoup mieux, le pouls plus développé, à 100 ; il n'y a plus de délire, deux garde-robes par jour. On supprime l'alcool, qui est remplacé par le quinquina.

Le malade est guéri le 26 décembre, après trente-six jours de maladie.

Obs. IX. — Hinrischs, soldat d'infanterie, entré le 22 novembre, n° 36, présente également les mêmes symptômes, avec quelques râles muqueux en arrière de la poitrine et à droite :

Eau de Sedlitz, tisane pectorale, julep diacodé, vin.

Le 30, la maladie s'aggravant et se compliquant de délire, on commence l'alcool ; le délire cesse le 2 décembre ; l'alcool est continué jusqu'au 16, il est alors remplacé par le quinquina.

Le malade est guéri le 2 janvier, après quarante et un jours de maladie.

Obs. X. — Hauptmann, soldat d'infanterie, entré le 22 novembre, présente les mêmes symptômes sans complication du côté de la poitrine ; après avoir été purgé, il est traité par les préparations de quinquina jusqu'au 7 décembre ; du délire survient à cette époque, on administre l'alcool, le délire cesse deux jours après et le malade est guéri le 30 décembre , après trente-huit jours de maladie.

Obs. XI. — Orth, sous-officier de hussards, âgé de vingt et un ans, entre le 22 novembre, n° 58. Ce jeune homme, d'une bonne constitution, appartient à une famille distinguée; à son entrée il est très-abattu, inquiet, il a la fièvre depuis huit jours, de la céphalalgie, de nombreuses garde-robes ; le ventre est météorisé, la langue sèche :

Huile de ricin.

Le 26, épistaxis le matin, gargouillement, langue sèche, abattement, inquiétude, insomnie :

Eau de Sedlitz, limonade, vin, lait.

Le 27, quelques râles à gauche, en arrière, nombreuses garde-robes, insomnie, délire léger, fugace :

Julep gommeux, alcool.

Le 28, le délire est plus prononcé, cependant le malade répond encore à nos questions, pouls à 120 :

Alcool, vin d'Alicante.

Le 30, amélioration, pas de délire, pouls à 105, la langue reste sèche, surdité.

Le mieux continue les jours suivants, la guérison est complète le 5 janvier, après quarante-quatre jours de maladie.

Obs. XII. — Nous réunissons ici trois cas à peu près identiques ; il s'agit de trois soldats d'infanterie, entrés le 21 novembre, nos 35, 36 et 39 ; ces trois malades ont présenté tous les symptômes de la fièvre typhoïde, mais sans caractère grave, sans délire; comme chez les autres, nous avons noté l'absence de taches rosées sur l'abdomen. Ces malades n'ont point pris d'alcool, ils ont été purgés au début, on a donné ensuite du quinquina. La maladie a duré chez eux trente-cinq à quarante jours.

De la comparaison de ces observations, il résulte d'abord ce fait important, que la maladie a eu une durée plus longue chez les malades qui n'ont pas été traités par l'alcool, bien que les symptômes aient été aussi graves dans les deux séries. La durée moyenne a été de cinquante-cinq jours environ pour les malades qui n'ont pas pris d'alcool, tandis que chez les autres elle a été de trente à quarante jours seulement, sauf dans le cas de l'observation VII ; mais le malade dont il a été question dans cette observation a présenté les symptômes les plus graves et il doit être regardé comme un cas exceptionnel.

Ce résultat est d'autant plus significatif que les malades qui sont entrés dans nos salles à partir du 21 novembre, étaient beaucoup plus débilités que les premiers ; ils appartenaient en effet au corps de Manteuffel et venaient de subir les fatigues du siége de Metz ; de plus ils arrivaient exténués par des marches forcées. Il semblait donc naturel que l'affection typhoïde, trouvant chez eux un terrain plus favorable, dût être plus grave et plus longue. Nos premiers malades, au contraire, arrivés à la fin de septembre, appartenaient au corps chargé de faire les réquisitions autour de Chantilly ; ils étaient abondamment pourvus de tout et, s'ils étaient soumis aux fatigues inséparables d'une campagne, ils trouvaient, hélas ! au milieu de nos riches contrées, des éléments lar-

gement réparateurs dont ils savaient user plantureusement. Ajoutons encore qu'en novembre nos salles étaient combles, tandis que, jusque-là, nous n'avions que peu de lits occupés, circonstance qui ajoute encore aux mauvaises conditions dans lesquelles se sont trouvés les malades que nous avons soumis au régime de l'alcool.

Nous croyons donc pouvoir conclure de ces faits que l'alcool a paru avoir une heureuse influence sur la durée de la maladie.

Voici maintenant les trois faits observés en ville :

Obs. XIII. — Marie X***, âgée de onze ans, d'une bonne constitution, n'a jamais été malade ; elle appartient à une famille pauvre, le logement qu'elle habite est frais, malsain. Au mois de mars 1871, elle est prise de fièvre avec céphalalgie, et au bout de quelques jours, elle présente les symptômes d'une fièvre typhoïde grave : épistaxis, diarrhée abondante, langue sèche, dents fuligineuses, gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches rosées, surdité ; la fièvre est très-forte, pouls à 130, faible. Plusieurs purgatifs sont administrés. Au quinzième jour de la maladie, les douleurs de tête deviennent atroces, l'enfant pousse des cris et le lendemain elle est prise d'un délire violent et de convulsions. Il est évident que l'affection typhoïde se complique d'accidents cérébraux ; le pouls est à 140.

L'alcool est administré à la dose de 30 grammes pour une potion de 120 grammes, une cuillerée ordinaire toutes les heures ; la tête est rasée et de la glace est maintenue sur le crâne.

Dès le deuxième jour du traitement, le pouls tombe à 115, le délire est moins violent, il n'y a pas eu d'autres convulsions. L'alcool est continué pendant dix jours, jusqu'au moment où l'enfant reprend un peu de connaissance ; il est alors remplacé par le quinquina, et la petite malade est guérie après quarante-cinq jours de maladie.

Obs. XIV. — Louise X***, âgée de treize ans, d'une constitution faible, lymphatique, appartient à une famille d'ouvriers peu aisés, elle habite un logement sain ; en 1870 elle a eu la scarlatine. Au mois de juillet 1871 elle est prise de fièvre avec céphalalgie ; six jours après, épistaxis. Je la vois le 12, elle présente tous les symptômes de la fièvre typhoïde :

Purgatif.

Le 18, l'état est plus grave, la langue est sèche, le ventre météorisé, diarrhée abondante, subdelirium, pouls à 135, très-faible :

Quinquina, eau vineuse.

Le 25, l'état est le même, le délire plus accentué, insomnie :

Alcool, 30 grammes, dans une potion de 120 grammes.

Le 28, le délire a cessé ; du reste les autres symptômes restent les mêmes.

Le 30, la malade a dormi, le pouls est à 110.

On continue l'alcool pendant huit jours encore.

La malade est guérie après quarante-deux jours de maladie, le temps de la convalescence compris.

Obs. XV. — Ernestine X***, femme de chambre, âgée de trente-quatre ans, depuis longtemps anémique, a eu des palpitations nerveuses qui ont beaucoup diminué sous l'influence des préparations de digitale et de fer ; elle a également beaucoup souffert, pendant l'automne de 1871, de douleurs rhumatismales fixées sur les parois de la poitrine.

Le lundi, 4 mars 1872, la malade vient me consulter ; depuis trois jours elle a de la courbature, de l'inappétence, de la fièvre et de la céphalalgie, la langue est sale :

Eau de Sedlitz.

Le 6, le purgatif a provoqué cinq garde-robes ; le pouls est à 85, plein ; épistaxis, céphalalgie, agitation, ventre sensible dans la fosse iliaque droite, gargouillement, courbature générale plus prononcée :

Un verre d'eau de Sedlitz.

Le 7, pouls à 100, épistaxis abondante, céphalalgie, insomnie.

Le 8, insomnie complète, agitation, plusieurs garde-robes, taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, pouls à 110, céphalalgie très-violente, la malade peut à peine se tenir assise un instant sur son lit ; la main est tremblante ; en saisissant le bras on a la sensation d'un frémissement musculaire très-prononcé, sans qu'il y ait cependant soubresauts de tendons :

Un verre d'eau de Sedlitz, bromure de potassium.

Le 11, le facies est plus altéré, le pouls à 115 ; la température, prise au creux de l'aisselle avec le plus grand soin, est de 38°,6 ; garde-robes nombreuses ; depuis deux heures du matin il y a des douleurs vives de poitrine à gauche, ces douleurs empêchent la respiration, pas de matité, pas de râles :

Ventouses sèches.

Le 12, les douleurs de poitrine ont beaucoup diminué, la respiration est plus libre ; mais la fièvre est plus forte ; le pouls à 120, assez développé ; tremblement musculaire général ; il y a eu du délire la nuit, la langue est sèche, garde-robes involontaires ; température, 39°,6 :

Potion avec 40 grammes d'alcool, une cuillerée toutes les heures ; limonade vineuse.

Le soir, le pouls est tombé à 110, le délire a diminué, ainsi que le tremblement musculaire ; température, 38.

Le 13, la malade a pris 80 grammes d'alcool depuis vingt-quatre heures, l'état général est meilleur, il n'y a plus de délire, le pouls à 105, la température à 37°,4 ; il n'y a eu qu'une seule évacuation.

Le 14, l'amélioration continue.

Le 15, il y a toujours de l'insomnie, je supprime l'alcool : Bromure de potassium.

Le 16, la malade a dormi, le mieux va croissant.

Le 31, la malade entre en convalescence après vingt jours de maladie.

Ces trois observations, prises dans la clientèle civile, ne font que confirmer les résultats obtenus à l'hôpital ; ces trois cas sont d'ailleurs les seuls dans lesquels nous ayons fait usage de l'alcool.

Le lecteur qui nous a fait l'honneur de lire nos observations a dû remarquer que tous les malades que nous avons soumis à l'action de l'alcool, avaient un délire plus ou moins accentué et que ce délire a rapidement cédé après l'administration du médicament. Nous pensons, en effet, que c'est à ce symptôme que doit principalement s'adresser l'alcool. Sans doute cet agent rentre dans la classe des toniques généraux; mais si nous nous rappelons que, d'après les recherches de MM. Perrin, Ludger Lallemand et Duroy, recherches consignées dans un mémoire couronné par l'Académie des sciences (*Du rôle de l'alcool, des anesthésiques dans l'organisme*), l'alcool devient, lorsqu'il est introduit dans l'organisme, un agent dynamique qui va, porté par la circulation, exercer une action puissante sur les centres nerveux où il s'accumule, nous aurons l'explication des phénomènes que nous avons observés. C'est, du reste, ce que M. le professeur Béhier a fait remarquer lorsque, parlant de l'action de ce médicament dans la pneumonie, il dit que « le soutien que l'alcool donne au système nerveux fait rapidement cesser le délire qui existe dans les affections aiguës. » Cette action a surtout été remarquable dans le cas de l'observation XV, et de plus nous avons vu, sous son influence, la température s'abaisser rapidement. Nous avons donné à cette observation plus de développement qu'aux autres, précisément pour faire bien ressortir l'évidence de la rapidité de l'action du médicament.

Le résultat obtenu dans le cas de l'observation XIII nous engagera aussi à essayer l'alcool dans la méningite franche.

Nous ne pouvons terminer ce sujet sans faire remarquer l'absence des taches rosées lenticulaires chez tous les malades de l'ambulance, et sans attirer l'attention sur un fait très-important qui est de nature à éclairer la question toujours controversée de la contagion.

Au moment de l'arrivée des Prussiens à Compiègne, nous avions

dans notre service d'ambulance seize blessés français ; il nous en est arrivé soixante-cinq depuis, qui tous ont séjourné plus ou moins longtemps dans nos salles, quelques-uns du mois de septembre au mois de mars, et cependant aucun cas de fièvre typhoïde n'a été observé chez eux. Ce fait est loin de confirmer les idées contagionnistes que, pour notre compte, nous n'avons jamais partagées.

En résumé, de l'analyse des faits qui précèdent, nous croyons être en droit de conclure :

1° Que l'alcool a, sur la marche de la fièvre typhoïde, une action des plus favorables, qu'il en abrége la durée ;

2° Que ce médicament paraît surtout être utile dans les cas où on observe du délire, et que ce symptôme disparaît rapidement sous son influence.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des moyens d'extraction des corps étrangers *solides* du conduit auditif externe et particulièrement du procédé de *l'épingle recourbée ;*

Par M. Eugène VINCENT, interne des hôpitaux de Lyon.

Notre titre indique notre but. Nous n'avons pas l'intention de faire l'étude complète de tous les moyens d'extraction imaginés jusqu'à ce jour. L'objet principal de cet article est de vulgariser un procédé essayé depuis longtemps déjà, on le verra plus loin, mais que M. Delore, ex-chirurgien-major de la Charité de Lyon, nous semble seul avoir constitué et fait sien en le perfectionnant et en en réglant l'application.

Nous allons donc rappeler d'abord, en termes rapides, quelques procédés des auteurs anciens et modernes ; nous décrirons ensuite le procédé de M. Delore ; enfin, nous placerons sous les yeux des lecteurs la collection des objets variés que ce chirurgien a extraits du conduit auditif externe, dans l'espace de dix ans, au moyen de l'épingle recourbée en crochet.

§ I. PRINCIPAUX PROCÉDÉS ANCIENS ET MODERNES.

Nous voyons dans la *Centuria prima* de Fabrice de Hilden (1) que ce chirurgien fit l'extraction d'un pois en se servant d'un procédé que Dupuytren et d'autres chirurgiens ont mis en usage ultérieurement. Fabrice introduit dans le conduit auditif une canule servant de conducteur à un mandrin terminé par quelques pas de vis (*terebellum*) qui va saisir le corps étranger ; lorsqu'on sent que celui-ci est bien pris, on tire le tout.

Il réussit, par ce procédé, à débarrasser une petite fille de Genève qui s'était introduit des pois dans l'oreille et à laquelle on avait prescrit sottement des injections de lait chaud, qui firent immédiatement gonfler les pois et provoquèrent des phénomènes douloureux très-graves. Mais Fabrice a soin d'ajouter que ce procédé serait dangereux entre des mains inhabiles, qui pourraient léser la membrane du tympan. C'est pourquoi il conseille de se servir plutôt de la curette.

Nous n'oserions mentionner sans rire le procédé de Tulpius et Donatus (2), si le docteur Itard ne l'avait réédité. Un noyau de cerise ne peut-il être extrait du premier coup, « laissez-le, disent-ils, dans le conduit auditif, où il ne manquera pas de germer, et alors vous le tirerez par la tige avec la plus grande facilité... », pourvu que celle-ci ne se rompe pas, pourrions-nous ajouter. Passons.

Les idées de Mercurialis (3) ne sont pas seulement singulières, elles sont barbares. Ce praticien recommande, en effet, de saisir par les jambes et d'agiter en l'air l'enfant qui a un corps étranger de l'oreille. Quant à l'adulte atteint de la même affection, on le liera solidement sur une planche et on le fera retomber à plusieurs reprises sur le sol, de manière à lui imprimer des secousses violentes qui feront sortir le corps. Les anciens, du reste, étaient généralement partisans des secousses imprimées à la tête et des sternutatoires.

Ainsi, Fabrice d'Acquapendente (4) conseille de faire « le branle-

(1) Guilhelmi Fabricii Hildani, illustrissimi marchionis Badensis et Hoehbergensis, etc., necnon inclytæ Reipublicæ Bernensis medico-chirurgi ordinarii, *Opera quæ exstant omnia*. Francofurti ad Mœnum, MDCXLVI.

(2) *De Medic. Hist. mirab.*, lib. II, cap. XII.

(3) Mercurialis, *De oculorum et aurium affect.*, 1591.

(4) *Œuvres chirurgicales* de Hierosme Fabrice d'Acquapendente. Lyon, 1674.

ment de teste, tenant cependant l'oreille appuyée sur quelque bourrelet, si ce qui est tombé est angulaire, grosset. — Que si le corps estrange, continue-t-il, ne sort de ce branlement, Paul ordonne de le tirer avec une esprouvette enveloppée de laine ou de coton (j'ajoute ou avec un peu d'esponge attachée) et enduite de térébenthine, ou de quelqu'autre glutinatif, et mise tout doucement dedans le conduit. Que si on avance rien pour cela, il faut mettre quelque chose dans le nez qui fasse esternuer, serrant cependant la bouche et le nez.

« Il faut, puis après, l'arracher avec une esprouvette à cure-oreille, ou avec un petit crochet, ou avec une pincette, sur quoy y estime que le crochet dont on se servira doit être mousse ; que si pour tout cela on ne le peut avoir, il faut avoir recours au fer ou à l'incision, selon l'avis de Paul. »

Mais plus bas il critique vertement l'opération de Paul d'Egine. Après avoir déclaré qu'il faut « entièrement éviter l'incision de Paul, outre que ce mesme auteur semble arracher incontinent si aisément les corps estranges, que c'est merveille, » il ajoute : « Mais moy vers qui on a amené plusieurs de ces enfants de l'Italie et d'autres pays, me gardant surtout d'offenser la membrane dite *tambour*, de peur de les rendre sourds, je les ai guéris, sans autre instrument, avec des pincettes et avec deux sortes d'esprouvettes, l'une ayant à un bout une cavité comme les cure-oreilles ordinaires, l'autre ayant une pointe recourbée. »

Le *Thesaurus de Burnet* recommande aussi de provoquer l'éternument en tenant le nez serré. Le bâtonnet enduit d'une matière gluante, une ventouse sèche placée sur le pavillon de l'oreille, des injections d'huile et le décubitus prolongé sur l'oreille malade, sont les moyens qu'il conseille d'employer, lorsque le sternutatoire a été inefficace.

Heister (1) ne semble s'être préoccupé que de l'extraction des corps étrangers hygrométriques. Lorsqu'on n'a pu le saisir avec une pince, il faut, dit-il, « prendre le parti de le couper avec précaution au moyen d'un petit bistouri et d'en tirer ensuite les morceaux l'un après l'autre. » Nous avouons qu'à moins que le corps ne fût bien visible, bien accessible, nous n'emploierions ce moyen

(1) *Institutions de chirurgie*, traduites sur le latin de la dernière édition de l'auteur (1750), par M. Paul. Avignon, 1770.

qu'après tous les autres, car il expose manifestement au danger de léser le tympan et les parties voisines.

Morgagni (1) ne nous donne rien de son cru ; il nous apprend seulement qu'il ennuya fort un chirurgien de son temps qui croyait être le premier inventeur du système des injections, en lui révélant que Celse (2) avait indiqué ce moyen avant lui, et en lui objectant très-sagement la recommandation de Scultet (3), qui défendait de faire de fortes injections dans les affections des oreilles, de peur de rompre la membrane du tympan.

Dans les *Archives générales de médecine* nous trouvons, au compte rendu du 6 février 1827, sous ce titre : *Machine à injection* : « M. Deleau, médecin à Paris, présente une machine à l'aide de laquelle il produit tour à tour ou des *courants d'air* dans l'oreille interne ou le *vide* dans l'oreille externe pour l'extraction des corps étrangers ; elle lui sert aussi à administrer des douches d'eau, de gaz ou de fumée. En modifiant les ajutages qui terminent les tuyaux conducteurs, il l'emploie à pousser des courants d'air dans les poumons, des courants d'eau dans la vessie et l'estomac, et à extraire promptement de ce dernier organe les liquides qui y sont contenus. L'eau, les vapeurs, l'air qu'on y injecte s'y échauffent à volonté. Un rapport sera fait sur cette machine. » J'ai vainement cherché le rapport sur cette machine fabuleuse.

Hubert-Valleroux (4) prescrit, lorsque le corps est enfoncé peu profondément, des injections d'eau tiède ; si elles ne réussissent pas, ou si le corps est au fond du conduit, il conseille de recourir à un instrument qui fasse levier. Il indique un stylet mousse légèrement recourbé à son extrémité ou une érigne fine et très-aiguë. Stylet ou érigne, le procédé opératoire est le même ; il consiste à faire glisser la tige entre le conduit auditif et le corps étranger et à se servir de l'instrument comme d'un levier du premier genre. « Il vaut mieux toutefois, ajoute-t-il, quand le corps étranger est trop rapproché du méat, recourir à des pinces fines pour l'attirer au dehors. »

(1) *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, XIVe lettre : Des maladies des oreilles et du nez.

(2) *De medic.*, lib. VI, cap. VII, *in fin.*

(3) *Armam. chir.*, tab. XXXVI, ad fig. 5.

(4) *Essai théorique et pratique sur les maladies de l'oreille.* Paris, 1846.

Nous nous répéterions en résumant les pages que Nélaton consacre à la question des corps étrangers du conduit auriculaire.

Vidal, de Cassis (1), raconte qu'il a vu extraire un fragment de corail, qui causait de très-vives douleurs, au moyen de la percussion. Voici comment elle se pratique : La tête étant penchée du côté de l'oreille qui renferme le corps étranger, il faut appliquer un caillou contre le pavillon de cette oreille et, tenant ce caillou d'une main, saisir avec l'autre un second caillou dont on se sert pour frapper à petits coups sur le premier. La percussion ébranle le corps dont l'issue est facilitée par la position penchée du sujet et l'huile préalablement instillée. Vidal énumère et résume tous les procédés et instruments connus jusqu'à lui, puis il se hâte d'ajouter : « L'instrument le plus utile pour extraire les corps étrangers est celui que j'ai imaginé en 1839. » C'est une canule plate parcourue par un fort ressort de montre qui se termine par un petit bouton aplati. On introduit cette canule jusqu'au fond du conduit auditif, on fait sortir le ressort par l'extrémité interne de la canule qui est ouverte : le ressort, en se recourbant, embrasse par derrière le corps étranger et en tirant le tout en avant, canule et ressort, on extrait le corps étranger (voir la figure 352 du traité de l'auteur, qui représente l'instrument ouvert au moment où il embrasse le corps étranger ; la figure 353 représente l'instrument fermé au moment où on l'introduit dans l'oreille). « Ce moyen, c'est Vidal qui parle, est bien supérieur à celui de Fabrice de Hilden, aux *injections forcées* qui peuvent nuire au tympan, à l'aspiration, au vide fait dans le conduit, *moyens inutiles* quand le corps est libre, *insuffisants* quand il est fortement engagé. »

Je signalerai encore, parmi les instruments originaux, la curette de Leroy d'Etiolles, la canule-pince de Bonnafont, la pince de S. Duplay et celle de Miot. Le procédé de ce dernier auteur mérite d'être rapporté. Il propose de se servir de tiges coudées très-fines, dans le cas où sa pince (fig. 4 de son livre) n'atteindrait pas le résultat voulu. « Lorsque, dit-il, le corps est ovale, irrégulier et qu'il est impossible de le saisir avec la pince, on insinue, entre lui et les parois du conduit auditif, une tige très-fine ayant une extrémité libre coudée à angle droit ou un peu obtus, en ayant soin de

---

(1) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, 5e édition, 1861, t. II.

maintenir la partie coudée à plat. Aussitôt que cette partie a franchi le point où est situé le corps étranger, on la fait proéminer dans le conduit de manière à ce qu'elle puisse venir heurter le corps et l'attirer au dehors au moment où on retire la tige. » Voilà un excellent procédé que nous adopterions, si nous ne possédions celui de M. Delore, qui atteint le but d'une manière analogue, mais plus sûre.

§ II. PROCÉDÉ DE M. DELORE.

M. Delore n'a pas inventé d'instrument nouveau, à proprement parler ; il a su en fabriquer un avec une épingle, objet qu'un chirurgien a toujours sous la main évidemment.

A quoi sert l'épingle ? M. Delore en fait un crochet en lui imprimant certaines courbures.

Mais, rappelons auparavant les *conditions anatomiques* sur lesquelles ce chirurgien se guide pour former son crochet de telle sorte que la pointe de celui-ci réponde, autant que possible, au milieu du corps étranger derrière lequel il le glisse et, par suite, à l'axe du conduit auriculaire, et de telle sorte aussi qu'elle puisse arriver au fond de ce conduit sans exposer au danger d'exercer une pression nuisible sur la membrane du tympan.

Chez l'adulte, le conduit auriculaire présente une longueur variable suivant les individus et portant uniquement sur la portion fibro-cartilagineuse. Cette longueur est, en général, de 25 millimètres, dit Richet ; selon Valsalva, ce conduit, mesuré en ligne droite, n'aurait guère plus de 22 millimètres, et M. Sappey admet de son côté ce chiffre comme exact. En raison de l'obliquité du cercle tympanal, dirigé en bas et en avant, les parois supérieure et postérieure sont un peu plus courtes que les parois inférieure et antérieure. La différence est de plusieurs millimètres et dépend de la grandeur de l'angle que le plan de la membrane tympanique forme avec la paroi inférieure, lequel, d'après Cruveilhier, mesure de 20 à 25 degrés. La forme du conduit est elliptique ; l'ellipse est un peu oblique en arrière et en bas. A son ouverture, il a de 8 à 9 millimètres, dans son plus grand diamètre, et de 6 à 7 millimètres dans le plus petit. Mais il ne conserve pas partout cette largeur. Il présente un rétrécissement naturel à l'union de ses deux tiers externes avec son tiers interne, c'est-à-dire à l'union de la

portion osseuse avec la portion cartilagineuse, pour reprendre ensuite des dimensions un peu plus grandes.

Cette disposition, observe Richet, et cela se comprend de soi, explique pourquoi des corps étrangers, des noyaux de cerise par exemple, qui ont déjà de la peine à pénétrer dans la première portion, ne peuvent franchir la seconde. Il est bon d'observer que rien n'est plus variable que le diamètre du conduit auditif externe, et qu'indépendamment de cette variabilité individuelle, il faut tenir compte encore de celle qui tient à l'âge. Ainsi le conduit auditif est moins large et moins profond chez l'enfant que chez l'adulte. Chez les vieillards, c'est l'inverse, mais il s'embarrasse de poils roides. Nous indiquons des moyennes et ne posons pas des règles invariables. A l'opérateur de modifier les dimensions du crochet selon les circonstances. Ceci posé, voici comment on prépare extemporanément ce crochet :

Confection de l'épingle-crochet.

Premier temps. — On prend une épingle ordinaire assez longue, une épingle de laiton, et, saisissant l'extrémité la plus acérée de la pointe entre les mors d'une pince à dissection par exemple, on la fléchit à angle droit, dans le but de se créer une griffe qui se fixe dans le corps étranger et ne lui permette pas de fuir, et pour qu'en l'introduisant dans le conduit auditif la pointe de l'épingle ne lèse pas la paroi (voir, fig. 1, l'épingle qui a subi le premier temps de la préparation).

Fig. 1.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que cette disposition, qui semble une minutie tout d'abord et qui est importante cependant, n'existe dans aucun des crochets, tiges ou stylets recourbés imaginés antérieurement.

Deuxième temps. — Nous avons dit que le petit diamètre moyen du canal auditif était de 6 à 7 millimètres à l'entrée, mais qu'il se rétrécissait légèrement à l'union des deux tiers externes avec le tiers interne. Nous pouvons donc prendre comme moitié moyenne de ce diamètre, moitié dont l'extrémité centrale tombera à peu près sur l'axe du conduit auditif et, par suite, sur l'axe du corps étranger, le chiffre de 3 millimètres. C'est la longueur que nous allons prendre sur l'extrémité de notre épingle (fig. 1) pour la

courber une seconde fois à angle droit et lui donner la forme représentée dans la figure 2.

Nous insistons sur la longueur à donner au côté (AB) de cet angle (A), parce qu'il est important que la pointe recourbée qui le termine tombe à peu près juste sur le milieu du corps étranger, circonstance qui en facilitera l'extraction dans toutes les hypothèses et surtout si, par exemple, on avait affaire à une perle dont le trou fût dans l'axe du conduit auditif.

C A B

Fig. 2.

Quant à la longueur de la tige (AC) de cette épingle ainsi préparée et qui constitue tout l'instrument, elle est dictée par celle de la longueur du conduit auditif ; il faut, par suite, qu'elle soit de 2 à 3 centimètres, mais cette longueur n'est pas suffisante : l'épingle devant être placée entre les mors d'une pince qui la fixe, il faut qu'elle mesure environ 4 centimètres. Si maintenant nous tenons compte de la partie de l'épingle qui est employée à former le crochet, nous voyons qu'il faut, en somme, pour créer l'instrument que nous décrivons, choisir une épingle d'environ 5 centimètres et assez forte pour permettre une traction sérieuse ; nous croyons qu'en général les épingles des entomologistes ne seraient pas assez solides.

Nous avons dit que l'épingle ainsi préparée doit être placée entre les mors d'une pince ; et, en effet, on ne pourrait s'en servir autrement. La pince remplit le rôle de manche et permet de la guider avec plus de force, de sûreté, de dextérité que le crochet des tiges recourbées dont il a été question précédemment.

M. Delore emploie ordinairement une pince porte-aiguille qui serre fortement et empêche l'épingle de rouler entre les mors, lorsqu'on imprime au crochet le mouvement de rotation dont nous parlerons plus bas. Cependant, cette pince qui remplit si bien le but n'est pas indispensable. On peut lui substituer une pince à mors plats, une pince à pansements. Mais alors voici la préparation qu'il faut faire subir à l'extrémité portant la tête de l'épingle, que l'on choisit, dans ce cas, un peu plus longue. On en saisit la largeur des branches de l'instrument qui doit la porter et on la courbe à angle droit, comme on a fait pour l'autre extrémité ; l'épingle ressemble alors à un Z (comme dans la figure 3).

Fig. 3.

On comprend sans peine que cette modification ne permette pas à l'épingle de tourner sur elle-même, en rendant ainsi illusoire la rotation imprimée à la pince et faite dans le but d'amener la pointe du crochet dans l'axe du conduit auditif. Il est extrêmement avantageux, pour manœuvrer à son aise, que les branches de la pince qu'on emploiera soient retenues solidement fermées. Si l'on n'avait à sa disposition qu'une pince ordinaire à mors plats, on remplacerait les moyens fixateurs du porte-épingle par des tours de fil fortement serrés. L'instrument ainsi composé, et l'on voit que l'on peut toujours et partout le trouver sous sa main, comment faut-il s'en servir ?

Manuel opératoire.

Soins préliminaires. — Et d'abord, premier point, avant de s'en servir, il faut être sûr que le cas le réclame ; en d'autres termes, il faut *explorer* soigneusement le conduit auditif. On se rappelle les faits de Boyer. Un petit garçon, né malin, paria avec ses camarades de faire passer un noyau de cerise de son oreille dans sa bouche, et simulant l'introduction du noyau il joua le tour. Les autres se hâtèrent de rapporter le fait à la maîtresse de l'école, laquelle se hâta de conduire l'espiègle prestidigitateur à des médecins. Ces derniers s'empressèrent de se livrer à d'infructueuses et douloureuses recherches qui durèrent plusieurs jours. Boyer, qui examina avant de rien faire, ne trouva rien. Il parle encore d'un seigneur qui se cura longtemps l'oreille pour y chercher une boulette de coton absente ; d'un enfant que plusieurs chirurgiens firent longtemps souffrir. Nous ne citerons pas plus de faits pour appuyer la recommandation, exprimée par tous les auteurs, d'examiner l'oreille du malade avant de commencer aucune tentative d'extraction.

Pour rendre cette exploration complète, il est indispensable de tourner la tête du patient de telle sorte que la lumière tombe droit dans le conduit auditif. Ce conduit formant un angle très-obtus, ouvert en bas ou en avant, ou bien, comme dit Richet, une sorte d'arcade convexe dont le sommet se trouve à peu près au point de réunion des portions osseuse et cartilagineuse, il est requis pour favoriser l'accès des rayons lumineux jusqu'au fond du conduit d'effacer cette courbure en tirant en haut et en arrière le pavillon

manœuvre qui mettra les deux portions du canal auriculaire dans le même axe.

Le *speculum auris* peut rendre de grands services ; mais M. Delore pense qu'il n'est jamais bon de le laisser en place pendant les manœuvres d'extraction, parce qu'il les gêne, en présentant une paroi dure qui ne permet pas à l'instrument de s'incliner à droite ou à gauche et de se créer au besoin plus de place en déprimant les parties molles. L'emploi de cet instrument ne serait admissible pendant l'opération que dans le cas où le conduit auditif offrirait un rétrécissement ou une courbure que le spéculum pourrait seul atténuer.

Après avoir nettoyé l'oreille et diagnostiqué la présence du corps étranger, sa forme, sa nature, on procédera à l'opération de la manière suivante :

1° *Immobilisation de la tête.* — Il faut à tout prix immobiliser la tête, dût-on anesthésier l'enfant. Rien n'est plus rationnel, en effet, et nous avons de la peine à concevoir la timidité de certains chirurgiens à cet endroit. Nous admettons avec eux que les manœuvres pratiquées dans l'oreille, et spécialement les injections forcées qu'ils préconisent, sont capables de provoquer une syncope. Mais quant à supposer que leur effet néfaste s'ajoute à l'action de l'agent anesthésique pour déterminer une syncope, il est difficile de le comprendre, alors que l'anesthésie a pour effet de rendre insensible le malade et par suite de supprimer le point de départ du réflexe qu'on redoute. L'anesthésie doit évidemment être faite ici, comme dans tous les cas, avec prudence.

2° *Introduction de l'épingle.* — La tête de l'enfant étant immobile, le condnit auditif éclairé convenablement, voici comment M. Delore introduit son instrument, fabriqué suivant les exigences du cas. Il glisse doucement et à plat sur la paroi inférieure (comme le font la plupart des chirurgiens, à cause de la plus grande longueur de cette paroi) l'épingle recourbée en crochet, l'insinue, en pressant plus ou moins fort sur cette paroi, entre elle et le corps étranger, et en imprimant de petits mouvements oscillatoires pour que la pointe du crochet tourne vers le milieu du conduit, dès qu'elle a dépassé le corps étranger. Lorsque cela a eu lieu, ce chirurgien, qui a remarqué, au moment de l'introduction de son instrument, la ligne que le plan du crochet forme avec l'horizon, lui imprime un mouvement de rotation équivalent à un

quart de cercle, de telle façon qu'il soit à peu près sûr que la pointe du crochet correspond au centre du corps étranger, c'est-à-dire à l'axe du conduit auditif. Le passage de l'épingle au-dessous du corps ne saurait offrir, vu son exiguïté, une plus grande difficulté que le passage d'une mince tige, les parties molles cédant presque toujours suffisamment. Il n'en est pas ainsi des pinces et autres instruments grossiers qui refoulent le corps en dedans, à la façon des doigts qui pressent un noyau de cerise et le chassent avec force.

3° *Extraction.* — Une fois la pointe du crochet en position, bien fixée sur le milieu du corps étranger, M. Delore retire le tout en exerçant une traction lente, méthodique. Il joint, dans les cas qui le nécessitent, à la puissance de la traction celle du levier, qu'il produit en inclinant en divers sens sa pince armée de l'épingle recourbée.

Tel est le procédé de M. Delore, procédé qu'il emploie avec succès depuis plus de dix ans et dont nous avons pu trouver, comme on a pu s'en convaincre par notre étude bibliographique, l'idée première dans les inventions de quelques chirurgiens, mais dont la réalisation méthodique ne se rencontre nulle part, à notre connaissance du moins. On a construit des instruments très-ingénieux, nous en convenons, mais on ne les a pas sous la main lorsqu'on pratique en dehors d'un hospice dont l'arsenal est bien monté ; tandis que le procédé de M. Delore, qui est plus parfait encore que ces instruments, puisqu'il réalise encore mieux qu'eux le problème d'exercer une force extractive suffisante en tenant le moins de place possible, joint, en outre, la qualité très-précieuse de permettre l'improvisation de l'instrument extracteur, toujours, partout et sans frais. Nous pensons en conséquence qu'il doit être adopté pour tous les cas où l'on a affaire à des corps solides non solubles occupant entièrement ou à peu près la cavité du conduit auditif.

M. Delore ne fait de réserve que pour le cas où le corps étranger serait d'un très-petit volume, car alors le cure-oreille suffirait.

Si le corps étranger de petit volume était constitué par un métal sur lequel l'aimant eût prise, comme par exemple un morceau d'aiguille, un petit clou, on pourrait en tenter l'extraction en introduisant dans le conduit auditif une tige de fer doux en forme de sonde de la plus grosse dimension possible et en mettant cette

tige en communication avec un courant électrique (1). Il n'est pas besoin d'ajouter qu'un aimant ordinaire de forme et de calibre convenables pourrait être employé à défaut d'électro-aimant.

§ III. COLLECTION DES CORPS ÉTRANGERS EXTRAITS PAR M. DELORE, A L'AIDE DE SON ÉPINGLE RECOURBÉE.

M. Delore a mis à notre disposition la collection des corps étrangers qu'il a extraits en l'espace de dix ans. Ils s'élevent, pour l'oreille, au chiffre de 24. Nous allons en faire la nomenclature pour fixer les esprits sur l'excellence du procédé que nous préconisons et sur ses applications.

Nous trouvons, sur ce nombre, *sept petits cailloux* de forme et de volume différents, parmi lesquels un se fait remarquer par ses proportions énormes. Il mesure, en effet, 13 millimètres dans son grand axe et 9 millimètres dans son petit axe. Il a évidemment exigé une certaine force de pression pour entrer dans le canal auditif, dont les dimensions sont moindres, ainsi que nous l'avons vu, et par suite il a fallu une certaine force de traction pour le retirer : d'où cette conséquence, que le procédé est puissant.

Viennent ensuite *six perles* de substances diverses, toutes perforées à leur centre, circonstance qui a favorisé leur extraction dans quelques cas, la perle s'enfilant sur le crochet. C'est même l'espérance de réaliser cette solution qui inspira à M. Delore le procédé qu'il a plus tard étendu à d'autres corps étrangers.

Je vois ensuite dans cette collection *deux haricots*, dont un fort gros ; un *pois chiche* ; des corps variés, tels qu'un beau *noyau de cerise*, un *grain d'orge*, un *grain de blé* recouvert de ses enveloppes, un morceau de *liége*, une boulette de *papier mâché*, un *bout de crayon en os*, une *dent de lait*, un *séquestre* provenant de la nécrose de la portion osseuse du conduit auditif. Ce séquestre, de forme cubique, mesure 13 millimètres sur 13.

La collection nous offre encore plusieurs corps étrangers extraits par la même méthode, non de l'oreille, mais du nez ; ce sont deux noyaux de cerise, un noyau de datte, un fragment de liége très-volumineux.

---

(1) Ce procédé a été développé par M. Delore devant la Société de médecine de Lyon (voir *Compte rendu*, 1871).

M. Delore a extrait tous les corps étrangers que nous venons d'énumérer après un séjour plus ou moins prolongé; mais aucun d'eux n'avait déterminé des phénomènes graves par eux-mêmes, ce qui ne veut pas dire que les tentatives faites antérieurement n'eussent été beaucoup plus funestes à quelques patients que la présence du corps étranger. Plusieurs, en effet, lui sont arrivés avec des délabrements du conduit auditif, une perforation du tympan, etc.

La facilité constante avec laquelle, malgré les complications, M. Delore a extrait les corps étrangers énumérés plus haut à l'aide de son procédé, l'engage à le proposer dans tous les cas où une intervention chirurgicale est requise, excepté, nous l'avons déjà dit, dans le cas où le corps serait trop petit.

Nota. Peu de temps après l'achèvement de ce petit travail, nous avons lu, dans la *Gazette des hôpitaux* (3 mai 1873), deux cas d'extraction d'un haricot sec introduit dans l'oreille, à l'aide d'un crochet piquant la partie visible de ce corps étranger et l'amenant au dehors, grâce à la résistance du péricarpe. M. Després, à qui appartiennent ces deux faits, reconnaissant l'insuffisance des injections et relevant la supériorité du crochet sur les pinces et curettes, dit qu'une « épingle recourbée en crochet près de sa pointe, montée sur une pince à artères, comme une épingle à suture, fera l'office d'un excellent crochet. » Ce procédé de l'épingle, que M. Després indique, suggère accidentellement, est bon, mais il peut être souvent infidèle à cause de la variabilité de consistance du péricarpe, quand il s'agit de haricots ou de pois, et ne peut évidemment s'appliquer en toutes circonstances. En tout cas, il n'a que quelques traits de ressemblance avec celui de M. Delore. M. Després n'a pas réglementé le procédé, il ne l'applique qu'au haricot, qu'il extrait en le piquant. M. Delore emploie l'épingle-crochet pour l'extraction de la plupart des corps étrangers solides en la *passant derrière eux*. Du reste, si la question de priorité pouvait surgir, nous dirions que M. Delore a déjà fait à ce sujet une communication orale à la Société de médecine de Lyon, il y a cinq ans, et qu'il met son procédé en usage depuis plus de dix ans.

CHIMIE ET PHARMACIE

Des oléostéarates et particulièrement de l'oléostéarate de zinc ;

Nous voulons appeler l'attention des praticiens sur les avantages que présentent ces composés, tant au point de vue des formes pharmaceutiques particulières auxquelles ils se prêtent, que des résultats que la thérapeutique peut en espérer.

Les oléostéarates (ou plutôt les oléostéaromargarates) sont des sels qui ont pour bases les oxydes des différents métaux, et pour acides, les acides oléique, stéarique et même margarique, que l'on extrait des corps gras par la saponification.

Deux procédés sont mis en usage pour la préparation de ces sels.

L'un, qui est direct, consiste à mettre en présence, avec une certaine quantité d'eau, les différents oxydes que l'on veut combiner et les acides ou bien les corps gras naturels où ils se trouvent en combinaison avec la glycérine sous les noms d'*oléine*, de *stéarine*, de *margarine*. Dans ce cas, l'action de la chaleur est souvent nécessaire, car la combinaison s'effectue lentement. C'est ainsi que l'on prépare le savon amygdalin (oléate de soude), le savon blanc, l'emplâtre simple (oléostéaromargarate de plomb).

Dans d'autres cas, et particulièrement lorsque l'oxyde qui doit entrer dans la combinaison est d'une alcalinité peu prononcée ou d'une faible solubilité dans l'eau et qu'en outre l'oléostéarate est insoluble dans ce même véhicule, il faut avoir recours au second procédé, qui permet d'obtenir le sel indirectement et par double décomposition. C'est ainsi que l'on obtient les oléostéarates de fer, de cuivre, de mercure, etc., et des différents alcaloïdes.

On prend pour cela une solution de savon amygdalin et on l'ajoute par fractions, tant qu'il se forme un précipité, à une solution d'un sel soluble de la base dont on veut obtenir l'oléostéarate, en évitant toutefois d'employer un excès de la première, ce que l'on reconnaîtrait à la teinte laiteuse que prend la liqueur surnageante, qui doit se séparer sensiblement limpide de l'oléostéarate formé.

Il faut choisir le sel métallique qui se prête le mieux à la précipitation. Ainsi pour le fer, le cuivre, on prend le sulfate ; pour le mercure, on peut prendre l'azotate de bioxyde, en évitant de lais-

ser dans la liqueur mercurielle un excès d'acide azotique qui possède aussi la propriété de décomposer le savon alcalin en mettant les acides gras en liberté. Pour les oléostéarates d'alcaloïdes proposés par M. Tripier, on prend le chlorhydrate de morphine, de quinine, etc.

Ces sels, avons-nous dit, offrent au point de vue des formes pharmaceutiques des avantages que plusieurs auteurs, et particulièrement M. Jeannel, ont déjà signalés. Ils permettent en effet, par leur facile solubilité dans les corps gras, de préparer des huiles ferrugineuses, etc., des pommades qui contiennent les principes actifs (oléostéarates de morphine, de quinine, etc.) à l'état de dissolution dans l'excipient, ce qui peut les faire préférer aux mêmes préparations dans lesquelles les principes actifs sont incorporés par simple mélange ou dissous dans l'eau et deviennent peut-être alors peu absorbables.

Enfin les oléostéarates peuvent se prêter avec succès à quelques applications thérapeutiques, et pour n'en donner qu'un exemple nous citerons l'oléostéarate de zinc qui, mélangé à une quantité convenable d'excipient gras, d'après la formule ci-dessous, donne d'excellents résultats dans le traitement de l'eczéma chronique accompagné de démangeaisons :

Oléostéarate de zinc sec.	5 parties.
Suif de mouton.	15 —
Huile d'amandes douces.	15 —

Délayez à l'aide d'une partie de l'huile l'oléostéarate de zinc dans un mortier de porcelaine légèrement chauffé et ajoutez peu à peu le mélange fondu et en partie refroidi de suif et d'huile d'amandes douces.

Du chloralum.

Le *chloralum* est un produit employé depuis quelque temps en Angleterre et qui est exploité par une société qui porte déjà le nom de *Chloralum Company* et le vend, comme le dit M. Méhu dans son annuaire, sous des noms plus ou moins séduisants.

C'est, paraît-il, un puissant désinfectant et un antiputride énergique qui aurait, lorsqu'il est en solution, la composition sui-

vante, d'après l'analyse qui en a été faite par M. Fleck, de Dresde (1) :

Eau	82,32
Chlorure d'aluminium	13,90
— de plomb	0,15
— de cuivre	0,10
— de fer	0,42
— de calcium et gypse	3,11
	100,00

Ce produit, qui est légèrement jaunâtre, d'une densité de 1,155 et fortement acide, s'emploie pur pour imbiber des linges que l'on suspend dans la pièce dont on veut purifier l'air, ou étendu de 40 fois son volume d'eau, en gargarisme, lotions, etc.

Nous croyons qu'il serait préférable d'employer, comme chlorure d'aluminium, un produit plus pur et par conséquent mieux défini, ou bien encore ce que préparent certains fabricants français (M. Dorvault, etc.), sous le nom de *chlorure d'alumine* (solution d'hypochlorite d'alumine d'une densité de 1,020), produit qui, par sa composition, se rapproche beaucoup des hypochlorites alcalins, de la liqueur de Labarraque, dont les propriétés désinfectantes et antiputrides sont parfaitement établies.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Péritonite aiguë traitée avec succès au moyen des mercuriaux.

Monsieur le Rédacteur,

L'observation suivante, bien que n'enseignant rien de nouveau, ne vous paraîtra peut-être pas cependant dénuée d'intérêt ni d'utilité. Si vous trouvez, comme je l'espère, qu'elle puisse occuper une place dans le *Bulletin de Thérapeutique,* je serai flatté de l'y voir insérée.

Parmi les ouvrages allemands qui, depuis un certain nombre d'années, ont été introduits en France, celui de Niemeyer est certainement, à mon sens du moins, un des plus dignes d'être lus, médités et pris pour guide par les praticiens. Ce livre, en effet,

(1) Annuaire Méhu, 1873.

entre autres mérites, a celui que lui reconnaissait dernièrement le *Bulletin de Thérapeutique* dans un article bibliographique consacré au célèbre professeur de Tubingue, de présenter les éléments du diagnostic bien posés et suffisamment développés, et les ressources de la thérapeutique judicieusement appréciées. Cependant, quelque crédit qui puisse être accordé, sous ce dernier rapport comme sous tous les autres, à un si éminent clinicien, toutes ses opinions ne doivent pas être admises avec une confiance trop absolue. Cette restriction me paraît notamment justifiée par l'assertion suivante à propos du traitement de la péritonite, que je reproduis textuellement : « Aujourd'hui on ne croit plus guère à l'action antiphlogistique et antiplastique des mercuriaux, et pour notre part, nous n'hésitons pas non plus à déclarer que le calomel à petite dose et l'onguent mercuriel nous paraissent pour le moins superflus dans le traitement de la péritonite et que le calomel à doses purgatives nous paraît directement nuisible. » (8e édition, t. I, p. 737.)

Cette médication par les mercuriaux, ainsi condamnée par Niemeyer, et qui, préconisée en France par Velpeau, y est encore suivie par le plus grand nombre de praticiens, vient de me rendre les plus grands services dans un cas des plus graves que j'ai eu à traiter. C'est l'observation de ce cas que je viens vous adresser, observation qui, outre le plus heureux résultat, a encore ceci de particulier, qu'elle montre un des accidents du mercure se manifestant dans toute son intensité sans aucun préjudice pour la patiente et disparaissant ensuite rapidement sans laisser aucune trace.

Mme C***, âgée de cinquante-deux ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, fut prise, le 21 juin 1872, de douleurs très-vives dans le ventre. Bientôt ces douleurs augmentèrent d'intensité et furent accompagnées de vomissements verdâtres continus. C'est ce dernier phénomène, ainsi que l'expression étrange du visage de la malade, qui décidèrent l'entourage à faire appeler un médecin. Arrivé auprès de Mme C*** vingt heures après le début de la maladie, je la trouvai en proie aux plus vives souffrances. La moindre pression sur le ventre, même un léger effleurement, lui arrachait des cris. La face grippée, contractée, exprimait la souffrance ; la peau était brûlante, la bouche sèche ; la langue, rouge sur les bords et la pointe, était couverte d'un enduit sale ; le ventre était légèrement ballonné ; le pouls battait 128 pulsations ; pas de selles depuis cinquante heures. En présence de tels symptômes et en interrogeant le mari sur les antécédents de la malade, etc., etc., je compris que j'avais affaire à une péritonite aiguë, et à une péri-

tonite aiguë primitive. Avoir recours aux sangsues fut ma première idée; mais, sur la proposition que je fis de couvrir le ventre de cinquante sangsues, le cri « Elle en mourra! » s'échappa des poitrines de toutes les personnes présentes, et immédiatement je fus assailli d'une foule de démonstrations contraires à l'emploi des sangsues.

Ma situation était critique. En présence d'une maladie aussi terrible, où les méthodes qui paraissent les plus rationnelles échouent souvent, je ne voyais guère, à l'encontre de cette opposition résolue et quelle que fût d'ailleurs ma conviction, la possibilité d'insister sur l'emploi d'un moyen qui, en définitive, pouvait échouer et ne pas empêcher la maladie d'arriver à sa terminaison la plus habituelle. Je me résignai donc, et je ne pouvais guère faire autre chose, à prescrire une portion opiacée (10 centigrammes d'extrait thébaïque sur 150 grammes de potion gommeuse, à prendre par cuillerées à soupe toutes les heures), des boissons froides, et à faire couvrir le ventre de larges cataplasmes laudanisés.

Le lendemain, 23 juin, je trouvai la malade dans un état plus grave encore. Le ventre était fortement météorisé, la face très-contractée, les douleurs d'une violence excessive, le pouls petit, faible et d'une fréquence extrême, la respiration très-accélérée; en un mot, il y avait une acuité plus grande de tous les symptômes. En face d'une aggravation aussi considérable de la maladie, la proposition d'une application de sangsues produisant la même impression que la veille, je me trouvais dans une extrême perplexité. Il me fallait recourir à un moyen d'un effet à la fois énergique et rapide. C'est alors que, malgré la confiance que m'inspire Niemeyer, et sans avoir égard à l'assertion émise par lui et rappelée ci-dessus, je me décidai à recourir à l'emploi des mercuriaux. Je prescrivis le calomel, 15 centigrammes en vingt prises dans du sucre pulvérisé, à prendre une prise toutes les heures, et des frictions avec 20 grammes d'onguent napolitain, quatre fois par jour, sur le ventre et le haut des cuisses.

Vingt-quatre heures après le début de ce traitement, les gencives d'un seul côté se tuméfièrent légèrement, quelques vésicules acuminées se montrèrent sur le cou; mais l'état de la malade n'étant encore en rien changé, je prescrivis de nouveau vingt prises de calomel aux mêmes doses, et la continuation des mêmes frictions.

Vers neuf heures du soir, je revis Mme C***. Son état, ou plutôt son aspect, était des plus intéressants, je veux dire, bien entendu, au point de vue thérapeutique. Toute la peau, excepté celle de la face, était d'une rougeur scarlatineuse presque uniforme et surmontée de vésicules eczémateuses qui, surtout au cou, au ventre, aux cuisses et aux avant-bras, offraient le caractère confluent; la face était pâle, mais avec son expression normale; les gencives étaient fortement tuméfiées, les douleurs du ventre supportables, le météorisme considérablement diminué, le pouls à 100 pulsations, la chaleur de la peau excessive, mais contrastant singulièrement

avec une sensation de frais éprouvée par la malade. Elle se plaignait d'envies de vomir et de douleurs très-vives de l'estomac et de la gorge, au point de refuser toute boisson. Le même jour elle alla à la garde-robe pour la première fois depuis le début de sa maladie : une première selle fut très-copieuse, une autre peu abondante, mais très-sanguinolente. Je supprimai alors le traitement mercuriel, et comme la malade ne voulait rien prendre par la bouche, je me contentai de lui prescrire des lavements froids matin et soir et de badigeonner la peau avec la mixture suivante :

Huile d'amandes douces	160 grammes.
Eau de chaux.	500 —

Le 25 juin, le pouls à 84 pulsations ; la peau toujours brûlante ; point d'envies de vomir ; le ventre peu douloureux et peu ballonné. Mais les douleurs de l'estomac et de la gorge étaient beaucoup plus intenses. Les vésicules eczémateuses du ventre s'étaient confondues et à leur place il existait de larges poches plates et pleines de sérosité, exactement comme après l'application d'un vésicatoire.

Le 26, même état général. Des poches soulevées par de la sérosité se montrent sur toute la surface cutanée, et partout où existaient des vésicules. Celles du ventre se sont rompues, et dans ces points l'épiderme a de la tendance à se détacher.

Le 27, le mal de gorge et de l'estomac est moins fort. Le ventre, *complétement dépouillé de son épiderme*, est douloureux au toucher ; mais la pression n'y détermine aucune douleur ; les autres poches sont également rompues. Pouls à 72 pulsations.

Le 29, l'épiderme se détache partout par *grands lambeaux*. Le mal de gorge est très-léger, celui de l'estomac à peine sensible. Les selles ont cessé d'être sanguinolentes. Le malade demande à prendre un peu de nourriture. — Bouillon de veau trois fois par jour. — Tisane de graine de lin, lavements de mauve ; continuer les badigeonnages avec le liniment oléo-calcaire ci-dessus formulé.

Le 2 juillet, Mme C*** veut se lever. Elle ne se plaint plus de rien ; toutes les fonctions s'accomplissent normalement. Il n'y a que la gêne produite par l'exfoliation incessante de l'épiderme et la faiblesse qui l'empêchent de reprendre ses habitudes. Petite centaurée, deux tasses par jour, une avant chaque repas. Fer réduit par l'hydrogène, 20 centigrammes par jour en deux fois, au moment des repas ; bouillon, rôti, pommes de terre, fruits.

Le 6, la malade est tout à fait rétablie. L'exfoliation de l'épiderme *depuis le cou jusqu'aux orteils* a été complète : c'est une *mue dans toute l'expression du terme*. Mme C*** reprend ses habitudes.

Le 10, j'ai eu occasion de rencontrer Mme C*** ; elle offre la même apparence de santé et de bonne constitution qu'avant sa péritonite.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur, etc.

Dr Kobryner.

Castel-Sarrasin.

BIBLIOGRAPHIE

De la névropathie cérébro-cardiaque, par M. le docteur M. KRISHABER, membre de la Société de biologie, etc.

En présence des faits nombreux accumulés dans le travail de notre honorable confrère, M. le docteur M. Krishaber, il nous paraît difficile de ne pas admettre la réalité de l'entité morbide dont il vient de nous tracer l'histoire d'une main aussi ferme qu'habile. Bien que la pathologie ne soit point une science fermée, et que plus d'une maladie, jusque-là inconnue, se soit inscrite dans ses cadres élargis, quelque jugement qu'on en porte, la névropathie cérébro-cardiaque n'est point une affection nouvelle: on la trouve plus ou moins mêlée avec d'autres symptômes sur lesquels l'esprit se fixait davantage, dans l'hystérie, l'hypocbondrie, la névropathie protéiforme, le nervosisme de M. Bouchut, dans la folie névropathique de M. Moreau (de Tours), et même un peu, pourquoi ne le dirais-je pas? dans le vertige nerveux de l'humble auteur de cette sommaire notice. Mais si la névropathie cérébro-cardiaque est un peu là partout, elle y est comme les métaux bien définis sont dans la gangue qui les renferme, et l'honneur de notre sagace confrère est de l'en avoir tirée, et d'en avoir fait un syndrome distinct d'autres syndromes qui ne restent pas moins avec leurs caractères propres, et dont la pureté nosologique, pour employer une expression de MM. Hardy et Béhier, gagne à cette élimination d'éléments qui leur sont étrangers.

Nul, mieux que l'auteur de cette monographie, ne saurait tracer l'esquisse de la névropathie qu'il a su dégager des névroses qui la larvent, et qu'elle larve; aussi croyons-nous devoir lui en emprunter le tableau symptomatologique suivant, qui la dessine dans ses principales lignes. « Un individu, dit M. Krishaber, est pris au milieu d'une occupation quelconque, et sans aucun épiphénomène, d'une sensation particulière à la tête, comme une bouffée qui monte: instantanément il survient de l'*obnubilation* des sens, des *bourdonnements d'oreille*, de la *photopsie*, en même temps qu'une *angoisse à la région du cœur*, accompagnée de *palpitations*, d'un malaise excessif et d'une impressionnabilité générale. Simultanément, ou quelques instants après, apparaissent des *vertiges*, de la *titubation* et quelquefois de la *paraplégie*, le malade tombe alors; mais

il arrive aussi qu'au lieu d'être paralysé, il éprouve une *agitation* extrême qui le pousse à marcher malgré lui. Quelquefois il se produit de la *défaillance* ou une *syncope.*» Comme toutes les névropathies, celle-ci est susceptible de revêtir des formes à l'infini ; elle reflète, dans ses modalités variables, les *idiosyncrasies* nerveuses ou autres des individus affectés, elle se teint en quelque sorte des couleurs de chaque individualité. Notre très-distingué confrère étudie dans son livre, avec tout le soin qu'elles méritent, les formes mobiles de l'affection qu'il vient d'éditer. Après avoir tracé d'une main correcte cette symptomatologie pittoresque, si nous pouvions le dire, il pose le diagnostic différentiel, qui nous semble un peu écourté et qu'il aurait, croyons-nous, senti le besoin de développer davantage si, avant d'entreprendre son intéressant travail, il avait un peu plus regardé aux travaux que celui-ci côtoie à chaque instant, sans se confondre avec eux. La marche de la maladie et le diagnostic différentiel établis, M. le docteur Krishaber traite successivement de la physiologie pathologique, de l'étiologie, du pronostic et du traitement de cette névrose jusque-là innommée. Sur tous ces points on trouvera profit à lire les nombreuses et très-détaillées observations qui servent de base au travail de notre distingué confrère ; on y saisira, vivants en quelque sorte, les faits qu'il s'est efforcé de synthétiser sous les diverses rubriques que nous venons d'indiquer.

MAX SIMON.

Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne, par M. le docteur G. FÉLIZET, ancien interne des hôpitaux de Paris ; avec 12 gravures sur bois et 15 planches en phototypie. Paris, Ad. Delahaye, libraire, 1873.

Cette volumineuse thèse, où l'auteur fait preuve à la fois de connaissances anatomiques et mécaniques, est divisée en trois parties : l'*anatomie pathologique*, les *considérations anatomiques*, enfin le *mécanisme* des fractures du crâne, le tout orné de treize planches en phototypie très-originales.

Dans l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, il étudie les fractures à grands fracas et les fractures communes comprenant l'*enfoncement circonscrit* d'une partie de voûte ne s'accompagnant pas ordinairement d'irradiation, les *fissures limitées* et les *fissures irradiées* (écartement, direction). Après avoir donné le résumé de

trente-six observations, divisées en quatre groupes (fractures du front, du front et de l'étage moyen, de l'étage moyen, de l'étage postérieur), dont un grand nombre sont personnelles, et après avoir insisté sur la coïncidence de la fracture du frontal et du maxillaire supérieur, il arrive à cette conclusion, que : Si, à l'intérieur de la base d'un crâne, on a la patience (comme il l'a représenté lui-même sur une planche) de tracer à l'encre au moins une soixantaine des fractures connues jusqu'à présent, on voit qu'il existe une *zone centrale* (gouttière basilaire et circonférence antérieure du trou occipital) qui ne se brise jamais. C'est là un *centre de résistance* où aboutissent les fractures, qui peuvent être ramenées à un *certain nombre de types* assez simples. La grande aile du sphénoïde serait une pièce aussi résistante que le rocher. Quant aux régions naso-frontales et à la tubérosité occipitale, elles sont un obstacle à l'irradiation des fractures.

De ses CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES, l'auteur conclut que le crâne n'est pas un sphéroïde, un solide géométrique, mais bien un édifice complexe à six voûtes symétriques, deux à deux, ayant pour pièces d'appui et pièces de résistance principale (les rochers et les murs-boutants orbito-sphénoïdaux) et deux pièces accessoires (tubérosité occipitale et région naso-frontale).

Dans sa troisième partie (MÉCANISME DES FRACTURES DU CRANE), qui est la plus étendue et la plus expérimentale, mais non pas, je l'avoue, la moins difficile à comprendre, l'auteur démontre que l'on peut, en *étudiant la forme et l'étendue des empreintes laissées* sur un sol dur et blanc par un crâne noirci tombant de diverses hauteurs : 1° calculer la quantité de force mise en jeu; 2° constater directement l'influence des pièces de résistance qui s'opposent à la dépression.

Cherchant à battre en brèche la *théorie des vibrations ellipsoïdes* adoptées par l'Académie de chirurgie et par les auteurs du Compendium, il croit à l'indépendance relativement considérable des diverses régions du crâne. Pour lui, les vibrations ne sont qu'un phénomène accessoire, le phénomène fondamental consiste dans le *redressement violent* d'une des voûtes et l'écartement des pièces de résistance. — Après avoir étudié le mécanisme des fractures des étages antérieur, moyen, postérieur, où il nous est impossible de le suivre, il se refuse à donner au *contre-coup* la signification qui lui est attribuée par les auteurs. Selon M. Félizet, les fractures par

contre-coup sont des fractures directes, mais *médiates :* ce sont, en un mot, de véritables enfoncements analogues à ceux de la voûte. Il termine en traçant en quelques lignes une classification au point de vue mécanique et par l'exposition d'un procédé simple et ingénieux pour remplacer un crâne, dans une autopsie, sans défigurer le sujet.

Dr GILLETTE.

Leçons faites à l'hôpital des cliniques, par M. le docteur GUÉNIOT, suppléant M. le professeur DEPAUL, et recueillies par M. le docteur CHANTREUIL, ancien chef de clinique. A. Delahaye. Paris, 1873.

Sept leçons bien faites sur quelques points de l'art des accouchements assez imparfaitement élucidés dans la plupart des traités classiques.

L'enseignement du docteur Guéniot a plus particulièrement porté sur l'insertion vicieuse du placenta et les hémorrhagies qui en dépendent; sur le traitement des hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta; sur l'emploi du tampon dans les hémorrhagies utérines; sur un kyste multiloculaire de l'ovaire compliquant une grossesse; sur l'accouchement prématuré, dit *spontané;* sur la faiblesse congénitale et son traitement.

Nous ne saurions trop conseiller la lecture de ces leçons, simples, claires, et par-dessus tout d'une grande utilité pratique.

Etude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis, pai M. le docteur Ch. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. A. Delahaye. Paris, 1873.

L'auteur a observé, dans son service de l'hôpital du Midi, plusieurs faits très-remarquables d'accidents syphilitiques graves de la peau et des muqueuses guéris rapidement sous l'influence d'un érysipèle intercurrent; il publie ces faits et y joint des remarques d'un grand intérêt théorique et pratique.

Mentionnons deux des conclusions qui terminent ce travail :

(*a*) Dans les cas de syphilis où les accidents consécutifs cutanés et muqueux ne sont pas compliqués de malignité et de cachexie, *un érysipèle avec réaction fébrile* doit être considéré comme un événement favorable.

(*b*) L'influence curative de l'érysipèle ne se produit pas seule-

ment sur les accidents syphilitiques locaux ; l'état général, plus ou moins compromis par les atteintes de la maladie constitutionnelle, s'améliore aussi avec une rapidité remarquable.

Dr A. Cousin.

BULLETIN DES HOPITAUX

Le choléra. *Société médicale des hôpitaux.* — Le choléra, dont il y avait lieu de prévoir une nouvelle invasion en France, vient en effet, après avoir débuté par le Havre, Rouen et quelques autres localités voisines, de se manifester à Paris depuis environ trois semaines. L'épidémie, limitée quant à présent et bénigne, du moins sous le rapport du nombre des cas, va prendre probablement, cela est bien à craindre, plus d'extension et de gravité. Dans ces pénibles circonstances, la Société médicale des hôpitaux, abrégeant les vacances qu'elle prend chaque année à cette époque, vient de se réunir le 12 de ce mois, dans le but de conférer sur les cas observés dans les divers services hospitaliers et sur les mesnres prophylactiques auxquelles il conviendrait de recourir.

La séance a commencé par la lecture d'une note de M. le docteur Ernest Besnier, intitulée : *Contribution à l'étude des épidémies cholériques*, dans laquelle le savant rapporteur de la commission des maladies régnantes nous paraît avoir très-justement apprécié l'état de la science sur la double question des rapports du choléra épidémique avec les affections intestinales saisonnières, et de la diarrhée prémonitoire. Nous en reproduisons presque en entier les passages relatifs à ces points importants :

« *Rapports du choléra épidémique avec les affections intestinales saisonnières.* — C'est là un point très-délicat de pathologie sur lequel nous nous sommes déjà plusieurs fois expliqué : il y a, à notre sens, erreur manifeste à considérer les épidémies cholériques comme liées d'une manière immédiate et directe aux diacrises saisonnières des voies digestives. Assurément, personne n'a songé à nier que les sujets atteints de ces affections saisonnières des voies digestives ne soient particnlièrement exposés à céder à l'*intoxication* cholérique ; mais de là à conclure à l'identité des deux ordres pathologiques, et à déclarer qu'une épidémie cholérique est immi-

nente toutes les fois que ces troubles intestinaux s'observent en grand nombre, il y a bien loin, et rien ne justifie ce rapprochement forcé. Depuis plusieurs années, je n'ai pas cessé de réunir les preuves relatives à l'indépendance des deux ordres d'affections : au moment même où *débutait* l'épidémie de 1866, j'ai noté avec le plus grand soin, et précisé avec la plus grande insistance, que l'état sanitaire de la ville et des hôpitaux était excellent, la constitution médicale d'une bénignité exceptionnelle ; que, *dans les semaines précédentes, les troubles intestinaux* étaient très-rares, et que *les malades* atteints de diarrhée ne se comptaient pas en plus grand nombre que d'habitude. Par contre, en 1871, malgré la *très-grande fréquence* des troubles intestinaux et de la diarrhée, rien n'est venu justifier les craintes qui étaient émises sur l'imminence d'une invasion du choléra. Cette année, d'autre part, l'invasion épidémique coïncide avec une fréquence réelle des affections saisonnières ; il peut y avoir lieu à tirer de cette coïncidence quelques indications d'hygiène ou de prophylaxie particulières ; mais cela n'apporte aucun argument à l'unification des deux ordres pathologiques, puisque la coïncidence n'a rien de nécessaire, et que l'on ne voit pas nos affections saisonnières propres donner naissance au choléra épidémique, quand celui-ci n'existe pas préalablement dans quelque contrée voisine.

« Il est vraisemblable, d'autre part, que les mêmes conditions saisonnières sont favorables au développement des deux ordres d'affections, comme elles le seraient, également, au développement de la dysenterie épidémique, que l'on ne confondra pas, pour cela, avec les diarrhées simples ou dysentériformes de la saison ; mais, encore une fois, coïncidence et simultanéité ne sauraient constituer des éléments d'unification nosologique.

« *Diarrhée prodromique.* — Personne n'a jamais songé à contester, et les premiers observateurs n'ont pas manqué de constater qu'un grand nombre de malades atteints de choléra présentent des troubles intestinaux dans les jours qui précèdent l'explosion des accidents caractéristiques. Il serait à la vérité assez difficile de discuter, à l'aide d'une statistique sérieuse, sur le degré absolu de fréquence de la diarrhée qui existe avant l'attaque cholérique proprement dite, car dans aucun pays, je n'hésite pas à l'affirmer, l'enquête n'a été faite avec toutes les garanties d'exactitude nécessaires pour qu'il soit légitime de produire une formule numérique pré-

cise. Mais il n'est pas possible cependant de laisser passer sans protestation l'opinion extrême et certainement erronée des médecins qui prétendent que la diarrhée est absolument constante pendant un temps appréciable, et qu'il n'y a pas, qu'il n'y a jamais de choléra foudroyant...... La diarrhée dite *prémonitoire*, disais-je dans mon rapport de 1866, qui serait peut-être appelée plus justement *diarrhée prodromique*, est certainement beaucoup moins constante que persistent à le penser quelques médecins qui basent leur jugement sur leur seule pratique personnelle (1).....

« Une question plus importante que celle qui a trait au degré absolu de fréquence des phénomènes intestinaux prodromiques de l'attaque cholérique, consiste à rechercher comment et dans quelle mesure l'intervention thérapeutique peut être utile pendant cette période.

« Il est inutile de dire qu'il n'est pas un médecin qui, en temps d'épidémie, ne surveille et ne traite avec le plus grand soin tous les sujets atteints de diarrhée ; cela est hors de contestation, et les praticiens n'ont besoin d'aucun avis ni d'aucune exhortation à cet égard. Mais, ce point de pratique ainsi fixé, il reste plusieurs particularités à éclaircir, sous peine de tout confondre à plaisir. A entendre certains auteurs, il semblerait qu'en temps d'épidémie cholérique il n'y eût plus qu'une seule espèce de diarrhée, la diarrhée prémonitoire ; que tous les cas de diarrhée qui ont été traités et guéris sont des cas de choléra jugulés ; et la question semble alors tellement simplifiée, que ces auteurs arrivent naturellement à proposer une formule thérapeutique qui, entre leurs mains, réussit d'une manière constante. Les choses, en mé-

(1) M. Besnier appuie cette proposition : — 1° sur des chiffres qui lui ont été fournis par plusieurs de ses collègues. M. Horteloup, dans une première série, n'a rencontré la diarrhée prémonitoire que 45 fois sur 100 cas, et dans une seconde série cette diarrhée manque encore 34 fois sur 100 ; sur 34 cas de M. Mesnet, 22 fois les accidents cholériques se sont déclarés au milieu de la plus parfaite santé ; à Saint-Louis M. Odier, interne de M. Hardy, a vu 4 cas intérieurs débuter brusquement ; dans 50 cas de M. Oulmont la diarrhée intestinale manque 18 fois ; enfin, sur 25 cas, M. Potain en a noté 12 comme n'ayant pas présenté de prodromes ; — 2° Sur le résultat d'un examen attentif du rapport de M. Blondel sur l'épidémie de 1853-1854, résultats qui sont les suivants : de 4 940 malades, 1 868 seulement ont eu une diarrhée réellement prémonitoire, c'est-à-dire existant depuis un à deux jours et plus avant le début des accidents graves. (Rapport de M. Besnier, 1866.)

decine, ne sont malheureusement pas aussi simples pour ceux qui sont en contact immédiat avec les faits pathologiques ; et il est de toute évidence que, là comme ailleurs, il faut diviser et catégoriser les faits, et que si tel cas réclame les évacuants, tel autre les repousse absolument pour rendre nécessaire l'intervention des autres agents de la thérapeutique, agents appropriés que chacun connaît, que chacun sait manier, et qu'il est inutile de proclamer à nouveau.

« Est-il vrai, d'autre part, que l'emploi des moyens thérapeutiques administrés d'une manière prompte, judicieuse et opportune, réussisse, dans un grand nombre de cas, à mettre obstacle au cours de l'intoxication cholérique? C'est là une question sur laquelle nous avons scrupule de nous prononcer. Nous devons dire cependant que l'observation et l'analogie ne nous permettent pas de croire à cette infaillibilité de la thérapeutique au début d'une intoxication cholérique, et surtout alors que l'*attaque* se manifeste déjà ; nous croyons fermement qu'on peut, dans une certaine mesure, éloigner une attaque cholérique imminente ; mais nous craignons bien que les sujets *réellement cholérisés*, même dans les premières heures, ne soient sauvés par les moyens dont nous disposons actuellement, que dans une très-faible proportion ; et il faut avouer que s'il en était autrement nous serions, nous autres médecins des hôpitaux, bien négligents, bien peu habiles thérapeutistes, ou bien malheureux, car, quoique nous ayons nos malades absolument sous la main, nous ne sommes jamais parvenus à supprimer les cas intérieurs, malgré le soin avec lequel nous traitons les diarrhées DÈS LEUR DÉBUT, ni à atténuer l'effrayante mortalité qui s'attache à ces cas en particulier, malgré la *promptitude* avec laquelle les moyens appropriés sont mis en œuvre. »

Pour le traitement, M. Besnier a renvoyé à la revue thérapeutique qui se trouve à la fin de son rapport sur l'épidémie de 1866. Il a recommandé spécialement deux pratiques qui ont paru gagner quelque faveur dans le cours de cette épidémie et qui s'appliquent toutes deux aux cas graves, à savoir : l'enveloppement dans le drap mouillé et la couverture de laine, et les injections aqueuses, simples ou salines, dans le système veineux (1).

---

(1) Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXXI, *Epidémie cholérique de* 1866 : *Prophylaxie et thérapeutique*, par M. le docteur Ernest Besnier.

M. le docteur Besnier a terminé sa lecture en présentant à la Société les documents statistiques relatifs à l'épidémie commençante dans les hôpitaux. Le choléra a été signalé, le 4 septembre, à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis ; le 5, à la Pitié, la Charité, Lariboisière, la Salpêtrière; le 6, à Beaujon ; le 7, à Necker; d'où il paraît résulter que des cas se sont montrés à peu près simultanément dans toute l'étendue du territoire parisien. Du 4 au 11 septembre inclusivement, le nombre des cas admis dans les hôpitaux a été de 81, savoir : 56 venus de l'extérieur et 25 s'étant produits à l'intérieur. Sur ce nombre de 81 il y avait eu, le 12, 3 sorties, 49 décès et 29 malades restaient en traitement.

Après cette communication, la discussion s'est ouverte sur les cas de choléra reçus dans les établissements hospitaliers et sur les mesures prophylactiques à employer.

Comme on l'a pu voir d'après les chiffres qui viennent d'être reproduits, et ainsi que nous l'avions noté en commençant, l'épidémie, si elle n'a pas eu jusqu'ici une très-grande intensité par le nombre des individus atteints, s'est en revanche montrée grave dans les cas observés. Cette gravité a été surtout considérable dans certains hôpitaux, notamment à Lariboisière, où, d'après le témoignage de M. Raynaud, il y a eu 14 décès sur 17 cas; à la Charité, où le chiffre des décès a été de 9 sur 12 malades, et à Saint-Louis, où il a été de 10 sur 14. Par contre, la maladie a présenté plus de bénignité ailleurs, à l'Hôtel-Dieu par exemple, où la proportion des décès ne s'est élevée qu'à 8 sur 19 cas; dans la population militaire, M. Colin estime que cette bénignité aurait été plus notable encore.

La question de la diarrhée dite *prémonitoire*, si importante, et sur laquelle M. Besnier a tiré de l'étude des épidémies antérieures des renseignements si instructifs, ne pouvait manquer d'occuper les membres de la Société des hôpitaux, comme elle a occupé ceux de l'Académie de médecine. M. Moissenet a fait la remarque qu'en juillet et août il y avait eu beaucoup de diarrhées et que ces diarrhées ont diminué de fréquence et d'intensité en septembre, à l'époque où l'on a commencé à parler du choléra.

« Au point de vue de la question de la diarrhée prémonitoire, cette observation, a-t-il dit, serait importante, si elle venait à être confirmée. » Elle a d'abord semblé l'être par M. Ferrand, qui, dans un grand établissement auquel il est attaché, a vu, en juillet, chez

300 individus environ sur une population de 500, une diarrhée, quelquefois assez grave, mais qui avait cessé totalement depuis un mois quand le choléra est venu ; elle a semblé l'être aussi par M. Brouardel, qui a noté également un grand nombre de diarrhées en juillet et août, au Bureau central, mais sans qu'il ait été à même de savoir si elles ont diminué depuis. Ce qu'il restait d'indécis dans ce renseignement a été complété par M. Martineau, auquel il a paru, à la consultation du Bureau central, que le nombre des diarrhées, de même que celui des embarras gastriques et des fièvres typhoïdes, n'a pas été moindre en septembre que dans les deux mois précédents.

Comme nos lecteurs ont pu s'en rendre compte par les renseignements statistiques analysés ci-dessus, la proportion des cas qui se sont manifestés à l'intérieur des hôpitaux a été considérable, 25 sur 81, près du tiers. En raison de cette fréquence des cas intérieurs, il est un point sur lequel M. Raynaud a appelé l'attention de ses collègues, et qu'on a pu déjà établir comme on l'avait fait dans les épidémies antérieures, c'est qu'il y a des foyers d'infection d'où se propage la maladie. Ainsi, à Lariboisière, 5 cas développés dans l'intérieur même de l'hôpital sont tous survenus dans la même salle, tandis qu'il n'y a rien eu de semblable dans les autres. Il en a été de même pour la Salpêtrière, où, d'après les dépositions de M. Luys et de M. Delasiauve, tous les cas survenus dans cet hospice se sont tous montrés dans la même division.

A l'occasion de cette fréquence des cas intérieurs, M. Moissenet a été amené à parler de l'importance des conditions, autres que la contagion, qui peuvent favoriser l'invasion du choléra. Il a vu à l'Hôtel-Dieu un cas de fièvre typhoïde se terminer rapidement par des accidents cholériformes, et, sur trois femmes qui avaient subi l'impression du froid près d'une fenêtre laissée ouverte la nuit pour chasser l'odeur occasionnée par un cancer de l'utérus, une ne pouvoir être réchauffée, rester algide et succomber. De son côté, M. Dumontpallier a observé à Saint-Antoine une malade qui, à la suite d'une émotion pénible, fut prise tout à coup de vomissements qui se répétèrent et furent accompagnés d'autres accidents donnant lieu de craindre le début d'un choléra.

L'existence de foyers d'infection rappelée par M. Raynaud est un point des plus importants en ce qui concerne la propagation du choléra ; elle n'est pas bornée aux seuls établissements hospitaliers.

On en a observé également en ville dans l'épidémie de 1865, et il n'est pas moins certain qu'il en existe de très-positifs dans celle dont nous commençons à subir les atteintes. C'est ainsi qu'à Lariboisière, comme l'a remarqué M. Fournier, un assez grand nombre de malades venaient des mêmes maisons ; c'est ainsi encore que, de son côté, M. Cadet de Gassicourt a observé à Saint-Antoine que plusieurs des cas concernaient des individus venant également de la même maison.

De tels foyers existant positivement dans Paris, l'attention, comme l'a fait très-judicieusement remarquer M. Raynaud, devrait s'y concentrer ; ils sont, du reste, peu nombreux et il y aurait avantage à provoquer des mesures pour les empêcher de se répandre au dehors, mesures qui ne sont applicables qu'au début de l'épidémie. Mais par quels procédés pratiques pourrait-on circonscrire les foyers particuliers qui existent dans les maisons ? Il paraît bien difficile de trouver de tels procédés ; les Allemands, qu'on a cités, dit M. Moissenet, n'ont pu empêcher le choléra d'entrer à Berlin. L'isolement des foyers ne paraît pas aussi irréalisable à M. Brouardel, et comme preuve il a cité Saint-Pétersbourg et Naples, où l'on a réussi ; Munich encore, où, a-t-il dit, l'on a décidé que toute maison où paraîtrait un cholérique serait vidée, les linges brûlés, et où l'on a ainsi éteint une épidémie en un mois.

Il n'est pas facile de se rendre compte si des moyens analogues seraient praticables à Paris, en ce qui concerne les demeures particulières. Quant aux hôpitaux, l'isolement y serait plus facile à réaliser ; il resterait à savoir si les mesures préventives qui jusqu'ici ont été employées pour empêcher la propagation de la maladie ont été suffisantes. Vu le nombre relativement élevé des cas intérieurs, M. Fournier ne le pense pas. L'isolement dans des salles spéciales est en partie illusoire. Bien entendu, il faut, dans chaque hôpital, des services spéciaux pour les cas d'urgence et les cas intérieurs ; mais n'y aurait-il pas avantage à avoir en même temps des hôpitaux spéciaux ? A cette demande, appuyée par M. Cornil, M. Moissenet objecte que par la création d'un hôpital spécial on s'exposerait peut-être au reproche de créer un foyer de maladie terrible. Cette objection tombe, pour M. Brouardel, devant ce fait, que les foyers restent limités et ne s'étendent pas au loin ; que ce sont, comme on l'a dit, des foyers de maisons. On pourrait, du reste, rechercher quels sont les résultats qu'ont donnés ailleurs les hôpitaux spé-

ciaux : l'administration, dit M. Fournier, est mieux placée que qui que ce soit pour avoir ces renseignements ; ne pourrait-on pas lui demander de les obtenir?

Quoi qu'il doive advenir de la réalisation de cette graude mesure prophylactique, il est d'autres moyens qui sont incontestablement plus faciles à mettre en pratique; cependant ils laisseraient, paraît-il, à désirer. On se contente dans les hôpitaux, a dit M. Cornil, de laver les vases au chlorure de chaux ; on ne se préoccupe pas des matières vomies et des déjections; celles-ci devraient être recueillies et enfouies, et non jetées dans les fosses d'aisances. Pour les linges, ne vaudrait-il pas mieux les brûler que de les passer sommairement au chlorure de chaux et les envoyer à la buanderie? Il faudrait aussi se préoccuper des eaux, ne pas employer celles de puits, souvent altérées par les infiltrations, ni celle de Seine, qui le sera prochainement par les égouts. Ne pourrait-on employer pour la boisson, dans les hôpitaux, comme on le fait chez les particuliers, les eaux minérales naturelles?

Telle a été cette importante discussion, qui vient d'être analysée d'après le procès-verbal officiel de la séance. Celle-ci s'est terminée sur le vœu, émis par M. Lailler, que les instructions rédigées en 1865 par une commission médicale et envoyées dans tous les hôpitaux soient strictement observées, et que, suivant l'idée présentée par M. Moissenet, les médecins de chaque hôpital se réunissent pour obtenir les mesures qu'ils jugeront utiles dans les établissements auxquels ils sont attachés.

La Société, en se séparant ensuite, a décidé qu'elle se réunirait le vendredi 26 septembre, en séance extraordinaire, pour délibérer sur le même sujet. Nous nous proposons d'emprunter à ses procès-verbaux les enseignements qui ne pourront manquer de s'y rencontrer.

A. G.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Prophylaxie du choléra, étude fondée sur une connaissance des causes et du mode de propagation de cette maladie. Dans cette étude, l'auteur, M. H. Blanc, chirurgien-major dans l'armée britannique, s'applique d'abord à prouver que le choléra est une maladie communiquée de l'homme à l'homme, et que cette transmission a lieu généralement au moyen de l'eau potable renfermant des matières cholériques, et exceptionnellement au moyen des exhalaisons ou des produits desséchés provenant des évacuations cholériques.

D'après ces prémisses, dont une partie ne nous semble pas pouvoir être acceptée sans réserves, la prophylaxie du choléra comprend les principes fondamentaux suivants, qui se trouvent exprimés dans l'extrait suivant du travail de M. Blanc :

Détruire par des agents chimiques ou autre moyen le poison qui réside dans les évacuations cholériques, — ceci est de la plus haute importance ;

Eviter les encombrements de malades atteints de choléra ;

Veiller à ce que l'eau potable ne soit pas imprégnée de matières cholériques ;

Etablir une bonne ventilation partout où se trouvent des cholériques ; et faire prévaloir, dans la communauté comme chez l'individu, les préceptes d'une bonne hygiène.....

Quand on a affaire à un nombre considérable d'individus, tel qu'un corps d'armée, et que d'autres moyens sanitaires ne peuvent être employés, il suffit quelquefois de quitter le lieu dans lequel le choléra sévit, de marcher vers des localités offrant des cours d'eau dont on remonte le courant, tout en protégeant ces cours d'eau de toute contamination (pourvu toutefois que le choléra ne règne pas sur leurs rives) et d'isoler les hommes qui viennent à être atteints, pour mettre fin au fléau.

Dans ces cas, qui se renouvellent tous les ans dans beaucoup de stations des Indes, comment doit-on comprendre la disparition de la maladie ? Les conditions atmosphériques et météorologiques sont les mêmes à quelques kilomètres de la station militaire et dans l'emplacement choisi pour le camp. La nourriture des troupes est la même, leurs devoirs diffèrent peu ; cependant, dans un endroit le choléra les décime, et dans l'autre ils sont entièrement exempts : il n'y a qu'une chose qui diffère essentiellement, c'est leur eau potable, qui n'est pas contaminée par les évacuations cholériques. Il est vrai que de grandes précautions sont prises. On choisit toujours un endroit où il y a une bonne eau courante, une garde protège ce lieu de toute souillure ; de plus l'eau est bouillie et filtrée ; les moindres cas de malaise et de diarrhée sont traités, et les hommes ainsi atteints sont reçus dans des tentes spéciales plantées du côté du camp opposé au vent régnant. Les évacuations cholériques, s'il y en a, sont saturées avec des agents chimiques et enterrées à quelque distance du camp. La literie et le linge souillé de matières cholériques sont détruits, et des précautions sont prises pour que les hommes ne fassent aucun excès, ne mangent pas de substances difficiles à digérer ou malsaines, et qu'ils ne se livrent à aucun travail ou exercice fatigants.....

La prophylaxie individuelle est simple et facile ; que tout individu règle sa conduite sur les maximes suivantes :

Soyez modérés en toutes choses, évitez les aliments indigestes, les fruits mal mûrs, les denrées altérées, les excès de toute nature, et bannissez toute frayeur. Ce ne sont pourtant ni les excès, ni les indigestions, ni la frayeur qui causent le choléra, mais les uns et les autres favorisent le développement du poison une fois qu'il est introduit dans l'économie. Il n'y a pas de doute que, durant une épidémie de choléra, un grand nombre de personnes ne soient atteintes par le poison cholérique, mais chez beaucoup d'entre elles l'individu résiste à son action et la maladie ne se développe pas ; pour ces motifs, les excès et l'anxiété ne peuvent qu'être très-nuisibles en un temps où l'on a besoin de toute son énergie vitale et d'un travail harmonieux et d'ensemble de toutes les fonctions de l'économie. — Mais je ne saurais trop insister sur ce point : méfiez-vous de l'eau dont vous vous servez pour boisson, tant que le choléra règne dans la localité que vous habitez.

En Europe, il est toujours facile de se procurer une eau pure dont on devra faire usage pendant toute la durée de l'épidémie. (Evidemment les gens peu à leur aise ne pourront se servir exclusivement d'eau de Saint-Galmier ou de Saint-Alban, mais je ne saurais trop recommander ce moyen à ceux que leur fortune met à même de faire cette petite dépense.) C'est ce que nous faisions aux Indes ; bien des fois j'ai fait faire mon thé, mon café et ma soupe avec de l'eau aérée qui se vend en bouteilles et que l'on fait venir d'une ville où le choléra ne sévit pas. De l'eau suspecte ne

devra jamais être employée, quoique l'on prétende qu'en la faisant bouillir et filtrer il n'y a pas de danger, si elle est bue avant d'être refroidie; dans ce cas, je préférerais ajouter une certaine proportion de chlorure d'alumine à l'eau avant de la soumettre à l'ébullition. Dans certaines localités, on pourrait faire distribuer aux indigents de l'eau distillée, préalablement rafraîchie et aérée.

Donnez une bonne ventilation à la chambre occupée par un cholérique; détruisez soigneusement le poison renfermé dans les évacuations cholériques en versant préalablement dans les vases qui doivent les recevoir une certaine quantité d'agents chimiques dont plusieurs ont une grande valeur, mais dont, de tous, je préfère, d'après une expérience personnelle, le chlorure d'alumine. Ce sel, en solution concentrée, devra être fréquemment répandu dans l'appartement occupé par le cholérique; toute tache faite par des évacuations cholériques devra être immédiatement lavée avec une solution concentrée du même sel, et des linges trempés dans cette solution devront être placés sous les endroits des draps qui peuvent être souillés par les évacuations involontaires durant le collapsus. Il faut aussi suspendre dans la chambre du malade des linges trempés dans du chloralum — solution d'une gravité spécifique de 1160 — et placer dans différents endroits de la pièce des vases renfermant de cette même solution. Un drap de lit trempé dans ce mélange devra être placé à la porte qui communique de la chambre du malade à l'appartement (1).

La literie et le linge qui ont servi à un cholérique devront tout de suite être saturés de cette solution et soumis à une ébullition prolongée; il faut bien se garder de déposer dans une partie de l'habitation des linges ainsi souillés et même de les laver à froid. » (Association française pour l'avancement des sciences; congrès de Lyon, in *Revue scientifique.*)

Sur la réunion des plaies d'amputation. M. le docteur Azam, de Bordeaux, expose sa méthode de réunion des plaies d'amputation.

« La première question à se poser, dit l'auteur, est celle-ci : Faut-il réunir ou ne pas réunir? Je la résous en posant en principe qu'on doit réunir certains éléments et laisser suppurer les autres. Ma méthode, qui, je dois le dire, est le résumé de beaucoup d'autres méthodes, offre des avantages.

En prenant pour type une amputation de cuisse, M. Azam décrit ainsi son mode d'union : Il taille deux lambeaux à peu près égaux; puis, après avoir laissé quelques instants la plaie à découvert, il fait l'hémostase de la façon la plus complète et réapplique ses lambeaux en passant dans le fond de la plaie et en sautoir un tube à drainage, lavé à l'eau chaude pour enlever l'excès de sulfure de carbone; ce tube est fixé sur la cuisse au moyen d'une couche de collodion. Une suture profonde, enchevillée, réunit les deux lambeaux, en prenant la précaution d'arrêter les fils métalliques en les tordant simplement une ou deux fois sur eux-mêmes, afin de pouvoir les relâcher quand survient le gonflement secondaire. Une deuxième suture, superficielle, faite avec le plus grand soin, termine le pansement. Les lambeaux, de cette façon, sont unis dans la partie superficielle et profonde, et il ne reste qu'un passage pour la suppuration osseuse; la réunion complète par première intention est impossible; il est chimérique, je dirai plus, il est dangereux de la chercher.

Le pansement est terminé par une application légère d'ouate et un petit bandage assez serré et assez solide. Après trois ou quatre jours, M. Azam enlève les sutures superficielles; au dixième, le drain; et ses opérés, pansés ultérieurement avec l'alcool ou la ouate (M. Azam proscrit absolument l'eau et les éponges), sortent guéris *complètement* au bout de *quinze* jours en moyenne.

Aucune injection n'est poussée dans le drain; l'auteur y voit l'inconvénient ou d'introduire avec l'eau des substances septiques ou, par seule action mécanique, de déchirer les bourgeons et de détruire le commencement de cicatrisation.

Parmi les faits remarquables qu'est venu apporter le chirurgien de Bordeaux, nous citerons celui d'une amputation de jambe guérie (et par guérie il faut entendre cicatrisée, guérie absolument) au onzième jour,

(1) Voyez, sur le *chloralum*, la présente livraison, p. 264.

d'autres au treizième, au quinzième jour; une jeune fille amputée de la cuisse pour une tumeur blanche du genou était guérie le seizième jour.

En somme, que l'on considère la méthode de M. Azam, ainsi que lui-même le fait, comme une espèce d'occlusion formant une plaie sous-cutanée, ou qu'on la regarde comme une réunion par première intention incomplète, les résultats favorables obtenus dans un milieu hospitalier (hôpital Saint-André, de Bordeaux) méritent d'appeler l'attention des chirurgiens sur ce procédé d'union des plaies d'amputation. »

La communication de M. Azam est devenue, ainsi que nous l'avons dit dans notre dernière livraison, le sujet d'une importante discussion, à laquelle ont pris part MM. les professeurs Verneuil et Courty, MM. les docteurs Le Dentu, Diday, Fochier et Ollier. Voici le résumé du discours de M. Verneuil :

« J'avais, dit-il, l'intention de parler de la réunion immédiate en général; je voulais protester contre la généralisation de cette méthode et soutenir que si, dans certaines conditions déterminées, elle réussissait bien dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous, elle échoue lorsqu'on est, comme nous le sommes, placé dans des milieux défavorables.

Je me bornerai, pour restreindre le débat, à suivre M. Azam dans l'étude du pansement des plaies d'amputation.

Cette question fort ancienne, et cependant toujours à l'ordre du jour, prouve que nous ne sommes pas beaucoup plus avancés qu'autrefois. Cela tient à ce qu'on ne s'est pas bien entendu sur la valeur des mots. Par plaie d'amputation, on peut entendre une plaie par instrument tranchant, régulière, méthodique, intéressant des tissus variés et présentant plusieurs formes que l'on peut ramener à deux types principaux, concave et angulaire. Le foyer renferme du tissu cutané, des muscles, des os et des vaisseaux, formant au centre une cavité virtuelle.

Etant donnée cette plaie, quels sont les divers modes de traitement qui ont été appliqués? On a pu songer d'abord à laisser la plaie exposée à l'air; mais ce procédé est rempli d'inconvénients : il laisse une surface étendue, douloureuse, avec suppuration considérable, et retarde la cicatrisation; il n'a qu'un avantage, celui de la non-rétention des produits de la plaie.

Le premier moyen de protection dont l'emploi s'est perpétué jusqu'au premier tiers de ce siècle, est le pansement simple. Je me bornerai à dire que c'est un moyen illusoire.

Un second moyen de protection fut la réunion immédiate; ses avantages sont la suppression de l'inflammation, l'absence de suppuration, l'avancement de la guérison; mais l'inconvénient que cette méthode présente, c'est que pour les amputations elle est impossible ou se réalise à peine.

Du parallèle de ces avantages et de cet inconvénient devait naître une idée, celle de la réunion partielle, qui restreint le temps nécessaire à la guérison par la diminution de la surface de la plaie; mais ces procédés de réunion ne tiennent pas compte de la rétention du pus dans le foyer. La méthode présentée par M. Azam remédie à cet inconvénient.

A côté de ces moyens de protection il s'est produit dans ces dernières années deux méthodes qui ont surtout en vue, et c'est là la question capitale, de se défier du milieu dans lequel on opère et l'on traite ses blessés et de s'en mettre à l'abri. En effet, sur 20 amputés qui mourront à la campagne, 19 seront morts du fait de la blessure, tandis que dans les hôpitaux 1, 2 meurent de leur blessure, 3 à 4 par défaut de constitution et 15 sur 20 seront victimes de l'influence du milieu.

Le premier de ces moyens est le pansement de Lister, pansement répété, dans lequel on poursuit sans relâche l'agent délétère, infectieux. Lister prétend avoir ainsi une inflammation modérée, une suppuration nulle ou à peu près, une absorption insignifiante; mais aussi la guérison est lente.

Pendant que Lister cherchait à détruire le germe *in situ*, Laugier avec la baudruche, Chassaignac avec le diachylon, imaginaient de mettre la plaie à l'abri par des pansements par occlusion. Cette idée fut fécondée dans ces derniers temps par A. Guérin, à qui nous devons le pansement ouaté.

Il s'agit donc d'établir le parallèle entre ce pansement et la méthode pré-

conisée par M. Azam. Ce qui peut nous diriger, c'est de chercher la source du danger. Or, je n'apprends rien que n'aient déjà mis clairement en relief les discussions ouvertes à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, en disant que les milieux dans lesquels nous sommes placés sont détestables à Paris. Qu'on regarde l'Hôtel-Dieu de Lyon, superbe monument, exécrable hôpital, plus mauvais encore que l'Hôtel-Dieu de Paris; qu'on regarde une foule de grands hôpitaux : autant de nécropoles assermentées. Si je me plais à reconnaître que dans un milieu salubre la méthode de M. Azam est absolument acceptable, je crois fermement que dans un milieu insalubre, tel que ceux que je viens de citer, les conditions seront tournées contre le chirurgien. Aussi, malgré l'inconvénient du pansement ouaté, c'est-à-dire une guérison lente, je donnerai la préférence à cette méthode. La durée de la cure ne peut être mise en parallèle avec la sécurité. » (*Ibid.*)

Sur un procédé d'autoplastie conjonctivale appliqué au traitement du symblépharon. Après avoir rappelé en quelques mots les diverses méthodes chirurgicales qui ont eu pour but de remédier à cette difformité, celles qui luttaient contre la cicatrisation par des moyens violents, tels que la rupture des adhérences, celles qui y remédiaient par différents procédés autoplastiques, M. Le Dentu a décrit un procédé imaginé par lui pour un cas qui lui était soumis.

« J'avais à opérer, a-t-il dit, un jeune homme qui, à la suite d'une brûlure par la chaux, avait une adhésion cicatricielle de la paupière inférieure à la moitié du globe de l'œil, remontant aux deux tiers de la cornée. Il pouvait distinguer la forme des objets, mais les détails échappaient à la vue. Il avait été déjà traité par un autre procédé qui n'avait donné aucun résultat. J'eus alors l'idée de prendre à la partie supérieure de la conjonctive un grand lambeau en pont et de le porter à la partie inférieure du globe. Je disséquai, pour cela, la partie adhérente à la cornée, en l'isolant largement de chaque côté : j'avais ainsi un cul-de-sac à deux surfaces cruentées. Portant alors le bistouri sur la conjonctive à la partie inférieure du bulbe, je la détachai en remontant par une incision demi-courbe portant à 2 millimètres au-dessus de la cornée. Par une deuxième incision curviligne au-dessus, je pus détacher le lambeau conjonctival et le rabattre entre les deux faces saignantes de la première dissection. La partie supérieure du bulbe est alors dénuée de conjonctive, mais les deux surfaces sont séparées. Je fis cinq points de suture en bas et trois en haut. Jusqu'à présent (huitième jour) tout va bien, et il y a lieu d'espérer une réussite complète. » (*Ibid.*)

Sur les amputations à lambeaux périostiques, par M. le docteur L. Tripier.

« Dans une communication faite l'année dernière au Congrès de Lyon, et intitulée : *De la reproduction des extrémités articulaires des os longs après les amputations*, j'ai cherché à établir que chez les animaux, et en se plaçant dans des conditions convenables, on pouvait après les désarticulations réséquer les têtes osseuses et en obtenir d'autres ayant absolument le même type. Or, à cette époque, je me plaçais surtout au point de vue de la physiologie générale. Quant aux applications pratiques, elles étaient reléguées au second plan, ou plutôt je n'envisageais que la désarticulation du genou, précisément parce que mes expériences avaient presque exclusivement porté sur la reproduction de l'extrémité inférieure du fémur. Depuis lors, j'ai pu faire des tentatives analogues sur l'extrémité inférieure de l'humérus, ainsi que sur celle des os de l'avant-bras et de la jambe.

Mes recherches ne sont pas encore terminées en ce qui concerne les désarticulations du poignet et du cou-de-pied; mais, pour ce qui est de la désarticulation du coude, je crois pouvoir aujourd'hui formuler aussi nettement mon opinion que je l'ai fait l'année dernière pour la désarticulation du genou. En effet, en procédant, à peu de chose près, de la même façon, je suis arrivé à un résultat tout aussi beau. Ceux des membres de la section des sciences médicales qui sont allés dimanche dernier à l'Ecole vétérinaire ont pu voir le chien dont je vais présenter les pièces. Il y a trois mois et demi environ, cet animal

fut amené pour être abattu. Il avait reçu une charge presque complète de grenaille dans l'avant-bras droit. Après l'avoir examiné, je pensais que c'était là une excellente occasion d'appliquer la même opération qui m'avait déjà donné de bons résultats sur le lapin et surtout sur le chat. Ainsi qu'on pourra le constater pièces en main, non-seulement je suis arrivé à obtenir une régénération osseuse, ce qu'il était facile de prévoir ; mais la forme et la longueur sont si bien reproduites, qu'on pourrait, là ne considérer que les deux humérus, contester que j'aie enlevé 5 centimètres de l'extrémité inférieure de l'un d'eux. Voici la façon dont j'ai procédé :

1° Désarticulation du coude à lambeau antérieur;

2° Décollement du périoste et de toutes les parties fibro-tendineuses, à partir des surfaces articulaires jusqu'à 5 centimètres au-dessus du bord interne de la trochlée ;

3° Section de l'os;

4° Suture à points coupés de la gaîne synoviale du triceps (fils métalliques capillaires) ;

5° Rapprochement par suture sur la ligne médiane, et d'avant en arrière de la gaîne périostique;

6° Rapprochement semblable des deux lambeaux cutanés. »

Après avoir ainsi exposé les divers temps de l'opération, M. L. Tripier est entré sur chacun d'eux dans les explications nécessaires; puis il a fait remarquer sur les pièces que les insertions musculaires avaient conservé leurs rapports exacts et que le moignon était bien matelassé. « Il s'ensuit donc, a-t-il dit en terminant, qu'ici, de même que pour le genou, avec notre procédé opératoire, on évite tous les inconvénients de la désarticulation, et cependant on en conserve tous les avantages. » (*Ibid.*)

Sur une maladie nouvelle chez les nouveau-nés. Cette affection, que M. le docteur Laroyenne a rencontrée sur dix-huit nouveau-nés dans le dernier semestre de l'année 1872, et qu'il ne connaissait pas auparavant, est caractérisée par une teinte spéciale, jaune-olivâtre, répandue sur une grande partie de la surface cutanée; les extrémités et les lèvres sont, au contraire, violacées; la conjonctive présente une teinte subictérique. Cette maladie survient assez brusquement, a une marche rapide (la mort arrive en trente-six, quarante-huit heures), est accompagnée de peu de fièvre : 1 degré d'élévation ; la température baisse environ de 2 degrés quelques heures avant la mort. Mentionnons enfin que les langes souillés par l'urine sont tachés d'une auréole sanglante. A l'autopsie, les viscères, foie, rate, poumons, ne présentent qu'une congestion intense sans altération particulière; les vaisseaux contiennent un sang noir, poisseux; le liquide céphalo-rachidien présente une couleur chocolat; on trouve parfois dans le péricarde un liquide identique. Le rein présente dans le bassinet un caillot grenu, sanguin, plus ou moins volumineux; enfin, la vessie contient une urine sanglante, d'où les taches observées sur le linge.

M. Parrot a observé un cas de maladie semblable; Berckmann avait étudié les coagulations des veines émulgentes à la suite des catarrhes intestinaux; Pollack enfin a publié des observations analogues qu'il explique par un excès de tension dans le rein, mais sans en donner la cause. D'après ces observateurs, il semble qu'on doive tout faire dériver du catarrhe intestinal. Mais M. Laroyenne fait remarquer avec juste raison que des enfants faibles ou forts, mais non diarrhéiques, sont pris subitement et meurent en quelques heures; d'autre part, qu'on a une contre-épreuve probante, c'est que les nombreux sujets atteints de diarrhée cholériforme à la même époque n'ont jamais présenté les altérations qu'il a rencontrées dans cette maladie. (*Ibid.*)

Sur les causes réelles de l'allongement ou du raccourcissement apparents dans la coxalgie ; moyens d'y remédier. Communication orale par M. le professeur Verneuil.

Dans la difformité qui accompagne le plus souvent la coxalgie, il y a lieu de distinguer la déviation fémorale et la déviation pelvienne, bien qu'elles se combinent dans la plupart des cas. Les déformations apparentes se rapportent à deux formes : l'allongement apparent du membre avec abduction, rotation en dehors, projection en arrière de l'épine iliaque antéro-supé-

rieure et abaissement du bassin; le raccourcissement apparent avec adduction, rotation en dedans, projection en avant de l'épine iliaque, élévation du bassin. Quelle est la cause qui amène, à un moment donné, le passage d'un type à un autre? Pourquoi tel malade qui présentera au début un allongement (apparent) aura-t-il plus tard un raccourcissement? Martin et Collineau l'ont expliqué en disant que si l'affection siége dans les parties molles, il y aura allongement; au contraire, si l'articulation elle-même est atteinte, on aura un raccourcissement. Bonnet et Valette, dans leur article du *Dictionnaire*, l'attribuent à l'attitude vicieuse du malade dans son lit; cette explication, vraie au début, puisque par un changement de position on peut corriger la difformité, n'est pas suffisante à une période plus avancée.

La cause unique est le mouvement de bascule du bassin, et ce mouvement est lui-même dû à une contracture du muscle carré des lombes et des muscles rachidiens. Dès lors, suivant que la contracture siégera du même côté que l'affection articulaire ou du côté opposé, on aura un allongement ou un raccourcissement.

Quelle est la cause elle-même de cette contracture? M. Verneuil l'ignore et n'émet aucune hypothèse à ce sujet. Mais, possesseur de la cause indirecte de la déformation, il peut dès lors y remédier plus efficacement : pour cela, plaçant son malade sur le dos ou sur le ventre, il appuie le genou sur la région convexe, c'est-à-dire du côté opposé à la contracture, et par des manipulations graduées, en saisissant le sujet par les épaules et par le bassin, il fait peu à peu disparaître cette espèce d'ensellure latérale et par cela même la contracture. Un bandage appliqué après ces manœuvres aura alors une efficacité réelle et rétablira l'attitude normale, sans crainte de récidive. (*Ibid.*)

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'action physiologique de l'atropine et l'emploi des vaccinations atropiques dans les névralgies faciales. M. le docteur Giquel a étudié, dans sa thèse de doctorat, l'action physiologique de l'atropine. Son travail est divisé en trois parties.

Dans la première partie, l'auteur relate dix observations qui prouvent que l'atropine déposée dans l'épaisseur de la peau entourant l'orbite produit une dilatation de la pupille du côté correspondant à la vaccination atropique. Dans quelques cas, cette dilatation s'est aussi manifestée dans l'œil du côté opposé; la solution inoculée était alors assez concentrée (au dixième); tandis qu'avec des solutions étendues (au centième), ce fait ne s'est jamais présenté.

Examinant ensuite les diverses théories qui ont été proposées pour expliquer le mode d'action de l'atropine, le docteur Giquel finit par accepter l'hypothèse suivante : la mydriase unilatérale, qui succède aux inoculations atropiques péri-orbitaires, est le résultat d'une action réflexe dont le point de départ est la stupéfaction des extrémités cutanées du nerf trijumeau. Telle serait aussi l'opinion de son maître M. Potain.

Quand la manifestation s'est manifestée des deux côtés, il faudrait admettre une absorption du liquide inoculé, et, par conséquent, une action directe sur les centres; ou bien encore une véritable action synergique ou réflexe sur la pupille opposée, surtout lorsque celle-ci ne se dilate que très-légèrement.

L'hypothèse de cette action stupéfiante de l'atropine étant admise, l'auteur finit en démontrant que l'anatomie et la physiologie peuvent être invoquées pour appuyer cette manière de voir.

Dans ses conclusions, le docteur Giquel insiste sur l'emploi des vaccinations atropiques et conseille, à juste titre, de porter cet agent stupéfiant aussi près que possible du nerf malade. (*Revue des sc. méd.*, t. II, nº 1.)

VARIÉTÉS

Nécrologie.—La France vient de faire coup sur coup deux pertes irréparables, dont la nouvelle causera partout une impression douloureuse, mais principalement dans le corps médical, aussi bien à l'étranger que dans notre propre pays.

M. NÉLATON a succombé dimanche dernier, 21 septembre, à l'affection organique du cœur dont il était atteint, et qui depuis plusieurs semaines ne laissait aucun espoir de le conserver à la science qu'il avait illustrée, à l'amour de sa famille, à la respectueuse affection de ses confrères et de ses amis, à la reconnaissance de ses disciples et de ses nombreux obligés. On sait que Nélaton était membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur honoraire de la Faculté, après en avoir occupé une des chaires de clinique chirurgicale dont il était descendu volontairement; qu'il avait été élevé sous l'empire à la dignité de sénateur, et à celle de grand officier de la Légion d'honneur. Tous ces titres ne lui avaient inspiré aucune vanité et, au milieu des honneurs, il était resté l'homme simple, modeste et bienveillant qu'il était avant de les avoir acquis. Ses obsèques ont eu lieu le mardi 23 septembre, à l'église Saint-Pierre de Chaillot. La Faculté, les Académies auxquelles appartenait l'illustre défunt, la Société de chirurgie, l'Association des médecins de la Seine, dont il était le président depuis la mort de Velpeau et dont il a été le bienfaiteur, un long cortége de notabilités médicales, de confrères et d'amis désolés se pressaient à ses funérailles; les honneurs militaires étaient rendus au grand officier de la Légion d'honneur par un bataillon de ligne. — D'après la volonté expresse du défunt, aucun discours n'a été prononcésur sa tombe.

M. COSTE, membre de l'Académie des sciences, membre associé libre de l'Académie de médecine, professeur au Collége de France, a succombé, il y a quelques jours, à une occlusion intestinale, à l'âge de soixante-cinq ans. Ses beaux travaux d'embryogénie, qui lui ouvrirent les portes de l'Institut et firent créer pour lui la chaire de haut enseignement dont il était chargé, l'ont rendu célèbre dans le monde entier. On connaît aussi ses recherches si intéressantes sur la pisciculture qui ont popularisé son nom.

Nous nous faisons un devoir d'annoncer aussi la mort d'un médecin honorable des départements, très-aimé et estimé de ses confrères et de la population qui l'entourait : M. le docteur J. Poussié, de Marvejols, médecin en chef de l'hôpital de cette ville, médecin des épidémies et des prisons, médecin légiste distingué, enlevé par le choléra, le 2 septembre, à sa campagne près de Mende, à l'âge de cinquante-sept ans.

Nous apprenons encore la mort du célèbre médecin portugais OLIVEIRA, décédé à Paris à l'âge de soixante-quinze ans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Ont été élus membres correspondants étrangers : M. Bennet (d'Edimbourg), dans la section de pathologie et de thérapeutique ; M. de Wry (de la Haye) dans la section de physique, chimie et pharmacie.

SOCIÉTÉS PROTECTRICES DE L'ENFANCE. *Congrès.*— Un congrès des Sociétés protectrices de l'enfance s'ouvrira le 8 octobre prochain, à Paris, dans la *salle des séances de l'Académie de médecine*, rue des Saints-Pères, 49. — Voici le programme arrêté par la Société protectrice de Paris :

Première question : Examiner les diverses propositions relatives à la protection de l'enfance et arrêter au nom de toutes les Sociétés protectrices de France un projet de loi à soumettre à l'Assemblée nationale.

Deuxième question : Quel doit être le rôle des Sociétés protectrices de l'enfance?

Troisième question : Quels sont les moyens pratiques d'arriver le plus promptement possible à la propagation des Sociétés protectrices en France ?

Quatrième question : Des moyens de généraliser l'institution des crèches.—Comparer les avantages et les inconvénients des crèches-asiles et des crèches à domicile.

La première séance aura lieu le 8 octobre, à deux heures très-précises. Des cartes d'entrée seront tenues à la disposition des membres de la Société protectrice de l'enfance, à partir du 1er octobre, au bureau, *rue Magnan*, 5, où l'on pourra les retirer.

LE CHOLÉRA A PARIS. — Le bulletin sanitaire de la ville de Paris a enregistré, pour la semaine finissant le 12 septembre : choléra, 107 décès ; choléra infantile, 43 ; diarrhée cholériforme des enfants, 25 ; — pour la semaine finissant le 19 septembre : choléra, 125 décès ; choléra infantile, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 65.

EXPOSITION DE VIENNE. — L'abondance des matières nous oblige à différer la publication de la liste des récompenses décernées à nos compatriotes, et qui sont susceptibles d'intéresser le corps médical et pharmaceutique. Nous la donnerons dans le prochain numéro.

COURS DE M. MARTIN-DAMOURETTE. — Le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours de thérapeutique, de chimie et d'histoire naturelle médicales, le mercredi 1er octobre, à une heure, place de l'École-de-Médecine, 17.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement des bubons diphthéritiques ;

Par M. le docteur E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Le bubon diphthéritique n'est pas très-connu, et cependant c'est une des graves complications de l'angine couenneuse, de la scarlatine et du croup.

Je ne parle pas ici du simple engorgement ganglionnaire qui accompagne souvent les angines couenneuses communes ou malignes, et que l'on a souvent considéré comme le signe d'un empoisonnement diphthéritique.

Je ne veux m'occuper que de l'adénite suppurée du cou produite par les angines couenneuses, adénite qui n'a rien de spécifique, qui ne contient aucun élément virulent ou toxique, et qui me paraît être le résultat d'une simple irritation de voisinage. Cette adénite est l'expression de cette loi de pathogénie ganglionnaire qui nous montre que partout où il y a une irritation locale, quelle qu'en soit la nature, il y a irritation, prolifération, parfois suppuration, hypertrophie ou dégénérescence des ganglions lymphatiques correspondants.

Toute irritation ou blessure du pied et des organes génitaux produit l'engorgement ganglionnaire de l'aine; celle des doigts, l'adénite du coude ou de l'aisselle; celle du cuir chevelu, l'adénite occipitale; celle des intestins, l'adénite mésentérique; celle des poumons et des bronches, l'adénite médiastine; enfin celle de la bouche ou des amygdales, l'inflammation ganglionnaire du cou sous l'angle de la mâchoire et dans la région parotidienne.

Telle est la loi pathogénique du système ganglionnaire lymphatique, loi bien connue, qui rend compte de la plupart des engorgements glandulaires de l'organisme. Le point de départ est une irritation locale suivie d'angioleucite profonde entre le point irrité et le ganglion correspondant, et il n'y a que l'évolution qui diffère selon la diathèse des sujets. Ici, ce sera une irritation proliférante aiguë; chez un autre sujet elle sera subaiguë; et ailleurs encore elle sera chronique, ce que l'on voit chez les scrofuleux. Là, elle est chaude et marche rapidement à la suppuration; ailleurs, elle n'y

arrive que lentement, ou elle n'amène qu'une dégénérescence tuberculeuse, maintenant dite *caséeuse*.

Dans l'angine couenneuse et scarlatineuse, la marche du bubo n'est pas très-aiguë. Tout d'abord, on sent un ou plusieurs ganglions tuméfiés, à peine douloureux, qui disparaissent dans l'empâtement du tissu cellulaire, et il se fait une tuméfaction dans la région sous-maxillaire, s'étendant près de l'oreille. Il y a dès lors un phlegmon périganglionnaire profond, qui ne peut plus être arrêté et qui doit aboutir à la suppuration. La tumeur reste dure, douloureuse, sans changement de couleur de la peau et sans grande chaleur à la main. Elle rend les mouvements du cou difficiles, sinon impossibles, et si la fièvre de l'angine couenneuse était tombée, elle la fait renaître, et on voit la température remonter à 38 et 39 degrés avec quelques dixièmes. Peu à peu la tumeur se ramollit et devient le siége d'une fluctuation incertaine et profonde, qui dure ainsi plusieurs jours et qui n'arrive que tardivement à être sous-cutanée. Quand elle est évidente, la peau s'amincit, se colore en rouge et s'ulcère, si l'on n'a pas incisé l'abcès. Mais alors on a un foyer purulent considérable qui contient un demi-verre ou un verre de pus. Il y a un décollement profond des muscles du cou, dont le tissu conjonctif a disparu. Des phénomènes de putridité se montrent et l'enfant succombe.

Telle est la marche des bubons scarlatineux et diphthéritiques. C'est, ainsi que j'ai dit ci-dessus, une adénite cervicale avec phlegmon diffus péri-ganglionnaire profond. Le pus, d'abord disséminé, est lent à se réunir en foyer ; puis, quand l'abcès existe et est évident, il y a un décollement considérable des parties profondes.

Tout le danger de cette espèce de bubons est là, et quand on a la hardiesse d'aller chercher le pus de bonne heure, dès qu'il commence à se former et avant tout décollement, ces bubons-là guérissent bien. Sur vingt-deux cas d'abcès de ce genre recueillis dans mon service, quelquefois deux abcès sur le même enfant, six ayant été ouverts de bonne heure ont guéri, tous les autres malades sont morts. L'an dernier, j'ai aussi eu deux cas de guérison, et ce résultat n'a été obtenu que par l'habileté de mon interne, Labadie-Lagrave, qui, incisant couche par couche et avec précaution, a pu aller chercher le pus dans les profondeurs de la région sous-maxillaire. Antérieurement, tous ceux que j'ai guéris étaient dans ces conditions, de sorte qu'on peut être convaincu qu'en abandonnant ces

bubons à leur marche naturelle et en attendant leur maturité pour les inciser, on expose les enfants aux plus graves dangers, tandis que, si l'on se hâte d'ouvrir l'abcès, fût-il très-profond, on guérira ses malades.

Chez une enfant (Joséphine Pialloux, sept ans, entrée le 31 mars 1873) qui me suggère ces réflexions, nous avons vu guérir l'angine couenneuse par les injections de coaltar saponiné; il ne lui restait que de l'albuminurie, lorsque la région sous-maxillaire gauche s'est tuméfiée et la température est remontée de 37°,2 à 39°,3. J'ai essayé d'arrêter le phlegmon par des applications de collodion riciné pendant trois jours; mais cette tentative est restée infructueuse. J'ai cru sentir alors une fluctuation profonde, sensation souvent incertaine dans cette région. N'osant opérer, j'ai attendu vingt-quatre heures sans être beaucoup plus avancé: mes doutes étaient les mêmes. Ne voulant pas laisser se produire un décollement des parties profondes, je résolus de faire une ponction sur le point supposé fluctuant et je vis poindre un peu de pus sur les côtés de la lame du bistouri : l'instrument avait pénétré à 4 centimètres de profondeur. A l'aide de la sonde cannelée j'agrandis l'ouverture sans avoir d'hémorrhagie, puis on mit une mèche et un cataplasme.

Deux jours après l'ouverture était en partie refermée, il n'y avait pas d'écoulement facile du pus, la tumeur était aussi volumineuse qu'au moment de l'incision et on y sentait de la fluctuation profonde. M'étant assuré de l'étendue de l'abcès par la sonde, je fis une contre-ouverture et plaçai un tube de drainage. Six jours après j'ôtai le tube et le foyer se referma graduellement.

En même temps je combattis l'albuminurie par la *sudation quotidienne* dans un maillot de laine imprégné de vapeurs de benjoin, par 50 *centigrammes* d'acide *gallique* chaque jour, enfin par le *régime lacté*. Huit jours après l'albuminurie avait disparu.

En résumé, il y a des bubons scarlatineux et diphthéritiques qui se terminent par suppuration.

Ces bubons, abandonnés à leur marche naturelle, engendrent des abcès profonds du cou accompagnés de décollement considérable et entraînent la mort. Le seul moyen d'éviter les accidents graves produits par les abcès du cou occasionnés par la diphthérite tonsillaire et par les engines scarlatineuses, c'est d'inciser l'abcès de bonne heure et au besoin d'y mettre un tube à drainage.

De l'emploi de l'alcool dans la fièvre typhoïde et dans le choléra infantile (1) ;

Par M. le docteur Fournier, chirurgien adjoint des hôpitaux de Compiègne.

2° Choléra infantile. — Tous les médecins connaissent la gravité de cette affection, si fréquente pendant les chaleurs de l'été, sévissant particulièrement sur les enfants privés du sein maternel; elle est une des causes principales de la mortalité du premier âge. Tous nous savons également combien il est rare d'obtenir la guérison de cette maladie, quel que soit d'ailleurs le mode de traitement employé.

Avant de parler du traitement qui a paru nous réussir mieux que tout autre, nous devons dire un mot des formes sous lesquelles on observe l'affection qui nous occupe. Elle s'est présentée à nous sous deux formes, dont l'une est de beaucoup plus fréquente que l'autre.

La première s'observe ordinairement chez les enfants élevés au biberon dans de mauvaises conditions hygiéniques : elle débute par une diarrhée séreuse qui, la plupart du temps, ne paraît pas grave ; mais bientôt les garde-robes aqueuses et bilieuses deviennent plus fréquentes, les enfants vomissent tout ce qu'ils prennent, ils paraissent dévorés par une soif ardente, la face s'altère, les yeux s'excavent, le nez s'effile, la peau se refroidit, et la mort arrive après quelques jours.

La seconde, moins fréquente, débute brusquement, elle n'est point précédée par la diarrhée séreuse ; les enfants sont pris, au milieu des apparences de la santé, par des vomissements incessants et par une diarrhée aqueuse des plus abondantes ; puis survient rapidement un refroidissement général, et la mort arrive quelquefois en trente-six ou quarante-huit heures. Dans quelques cas on observe des convulsions au début.

Il était nécessaire de rappeler en quelques mots les caractères de cette maladie, afin de mieux apprécier les effets de la médication. Il y aurait d'ailleurs tout un travail à faire sur le choléra des enfants, que nous appellerions plus volontiers *maladie d'été*, comme les Américains et Trousseau après eux. Quelle en est la nature ? Les deux formes, dont nous venons d'indiquer les carac-

---

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

tères, présentent-elles les mêmes altérations organiques, et quelles sont ces altérations ? Toutes questions sur lesquelles on est loin d'être d'accord. En effet, alors que Billard, Trousseau, etc., regardent cette affection comme une entérite d'une nature particulière, Barrier, Dewes et d'autres repoussent cette idée et font du choléra infantile une maladie à part qui consisterait surtout dans un flux bilieux.

Quoi qu'il en soit, revenons à la question du traitement. Presque tous les malades que nous sommes parvenu à sauver présentaient les symptômes que nous avons indiqués comme appartenant à la seconde forme. Quant aux malades atteints du choléra infantile survenu à la suite d'une diarrhée séreuse plus ou moins prolongée, ils ont presque tous succombé ; un seul a résisté. On s'explique facilement cette différence dans la gravité relative de ces deux formes. En effet, un enfant depuis longtemps soumis à de mauvaises conditions hygiéniques et atteint de diarrhée chronique doit offrir moins de résistance que celui qui est pris en pleine santé.

Notre intention n'est pas de rapporter ici tous les cas dans lesquels nous avons administré l'alcool, nous nous bornerons aux observations des cas les plus graves :

Obs. I. — Eugène D***, âgé de huit mois, d'une forte constitution, élevé au biberon dans de bonnes conditions hygiéniques, n'a jamais été malade ; il a deux dents, ses fonctions se sont toujours bien faites, il est frais et replet.

Le 18 juillet 1870, dans la matinée, sans cause appréciable, il vomit ; je le vois dans l'après-midi. La peau est chaude, le pouls fréquent, le ventre n'est ni sensible ni météorisé, la langue est sale. Les vomissements sont fréquents, l'enfant ne peut rien supporter, il a eu deux gàrde-robes aqueuses. L'aspect de la physionomie me frappe : le facies est déjà très-altéré, les yeux caves.

Ipéca.

Le 19, les vomissements persistent, ainsi que la diarrhée; la peau est plutôt froide que chaude, la face plus altérée.

Eau de chaux.

Le 20, les vomissements sont incessants, constitués par un liquide verdâtre ; diarrhée séreuse continuelle; pouls très-faible, peau froide, face grippée.

Potion avec 20 grammes d'eau-de-vie.

Le 21, les vomissements continuent, mais ils sont moins nombreux ; la diarrhée est moins abondante ; le pouls est aussi faible, mais la peau est moins froide, la face moins altérée.

Le 22, les vomissements ont cessé, du lait additionné d'eau de chaux est supporté.

Le 30, guérison.

Obs. II. — Henri S***, âgé de quatre mois, d'une bonne constitution, élevé au biberon, a toujours été bien portant.

Le 20 juin 1871, il est pris de diarrhée séreuse et, le lendemain, des vomissements se déclarent. Je le vois dans l'après-midi : il n'y a pas de fièvre ; la langue est sale ; le ventre n'est pas sensible, il est souple, sans météorisme. L'enfant vomit tout ce qu'il prend ; il a eu des convulsions le matin.

Ipéca.

Le 22, les symptômes se sont aggravés : vomissements incessants, diarrhée, soif vive, face grippée, peau froide, pouls insensible.

Potion avec 20 grammes d'alcool, bain avec addition de 2 litres d'alcool.

Le 23, même état : même traitement.

Le 24, les vomissements cessent en même temps que la chaleur se rétablit ; la diarrhée continue, moins abondante. Je supprime l'alcool. L'enfant est confié à une nourrice. Guérison.

Le même sujet est repris, au mois de juillet 1872, des symptômes de la même affection ; il a encore sa nourrice. L'administration de l'alcool amène une réaction rapide et la guérison.

Obs. III. — Henri P***, âgé de treize mois, est élevé au biberon dans de bonnes conditions hygiéniques. A l'âge de dix mois, il a beaucoup souffert par suite du développement d'un vaste abcès de la cuisse droite, qui est aujourd'hui guéri. Au mois de juillet 1871, il est pris de diarrhée et, le surlendemain, surviennent des vomissements. Je le vois le 26 : la face est très-altérée, les yeux profondément excavés, il n'y a pas de fièvre, le pouls est faible, la peau froide, le ventre souple, insensible à la pression, la soif vive, la langue sale ; diarrhée abondante composée de matières bilieuses, vomissements incessants.

Ipéca.

Le 27, l'état est plus grave, la face présente tout à fait l'aspect que l'on observe dans le choléra des adultes, la peau donne à la main une sensation de froid cadavérique.

Potion avec 30 grammes d'eau-de-vie, lait coupé avec l'eau de chaux.

Le 28, le pouls est moins faible, les vomissements continuent ainsi que la diarrhée, mais la peau est moins froide.

Le 29, il n'y a eu que deux vomissements depuis douze heures ; la peau est chaude, le pouls développé. Je supprime l'eau-de-vie. Eau de chaux.

Le 4 août, guérison complète.

Le 6, l'enfant est conduit à la promenade par une très-grande chaleur, le soir il a un vomissement. Le lendemain, tous les symptômes observés en juillet reparaissent : le même traitement est institué, mais sans résultat cette fois. L'enfant succombe au bout de quarante-huit heures.

Obs. IV. — Louis P***, âgé de deux mois, d'une bonne constitution, élevé au biberon dans de bonnes conditions hygiéniques, est pris de tous les symptômes du choléra infantile le 6 juillet 1872; j'institue le traitement : eau-de-vie, bains avec l'alcool, sans pouvoir obtenir aucune réaction ; la mort survient en trois jours.

Obs. V. — Marie B***, âgée de cinq mois, est nourrie au sein par sa mère; elle n'a jamais été malade et ses fonctions se sont toujours parfaitement faites.

Le 8 juin 1872, elle est prise de vomissements et de diarrhée ; je la vois le 9 : la face est très-altérée, les yeux sont cernés, les ailes du nez effilées; l'enfant vomit incessamment, elle a de plus une diarrhée séreuse continuelle; la peau est froide, le pouls insensible.

Potion avec 30 grammes d'eau-de-vie, une cuillerée à café toutes les heures.

Le 10, les vomissements continuent, mais moins nombreux ; la diarrhée a également diminué, le facies est meilleur, la peau moins froide.

Le 11, l'enfant a digéré son lait, les vomissements sont suspendus. Guérison rapide.

Obs. VI. — Henri C***, âgé de sept mois, élevé au biberon, est dans de mauvaises conditions d'habitation ; il est d'ailleurs très-chétif, et depuis plus de deux mois il a de nombreuses garde-robes séreuses légèrement verdâtres; le ventre est assez développé.

Le 16 juillet 1871, il devient plus malade, il vomit plusieurs fois et la diarrhée augmente.

Eau de chaux.

Le 17, tous les symptômes du choléra infantile éclatent avec violence : vomissements incessants, diarrhée continuelle, face grippée, peau froide, etc.

Bain avec l'alcool; 30 grammes d'eau-de-vie dans une potion.

Après six jours de traitement, il y a de l'amélioration, et la guérison est obtenue le dixième jour.

Au mois d'août 1872, le même sujet est repris de la même affection, accompagnée cette fois de convulsions au début ; le même traitement amène la guérison en trois jours.

Nous nous bornons à ces quelques observations, que nous pourrions rendre plus nombreuses, mais qui suffisent à démontrer

l'action favorable de l'alcool et à nous encourager à employer ce mode de traitement.

Il nous reste à nous demander comment agit l'alcool dans le choléra infantile. Il est évident qu'ici ce médicament agit comme tonique; mais, si nous considérons que, d'après de nombreuses expériences, il est démontré aujourd'hui que l'alcool a une affinité d'élection pour le système nerveux, qu'il s'y localise et s'y accumule (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. II, p. 583, art. ALCOOL), on peut se demander s'il ne pourrait pas se faire qu'il agit directement sur ce système et par suite sur la circulation des vaso-moteurs particulièrement.

Nous terminons donc ce travail par une hypothèse. Depuis les travaux de M. Claude Bernard, on connaît l'influence du grand sympathique sur la circulation capillaire; nous nous demandons s'il ne serait pas possible que dans le choléra des enfants il y eût une altération des ganglions semi-lunaires, analogue à celle que signalait Delpech (de Montpellier), en 1832, dans le choléra, et si dans ce cas l'action de l'alcool ne pourrait pas s'expliquer par une action directe sur ce grand système. Nous n'avons pu malheureusement faire aucune autopsie, mais nous livrons cette idée à ceux de nos confrères qui sont en mesure de s'éclairer à cet égard, bien désireux de savoir si notre hypothèse serait confirmée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'exploration du rectum et de la sphinctérotomie anale au point de vue de la thérapeutique chirurgicale;

Par M. le docteur A. COUSIN.

> « Pouvoir explorer est une grande partie de l'art. »
> HIPPOCRATE, *Epid.*, III.

On sait combien sont fréquentes et variées les maladies du rectum, et combien surtout elles entraînent à leur suite de souffrances physiques et morales pour les malheureux qui en sont atteints. L'art peut et doit intervenir pour la guérison ou le soulagement de ces souffrances; mais une thérapeutique rationnelle et

efficace ne peut découler que d'une exploration bien faite et complète de l'organe lésé.

Le toucher et le spéculum, tels sont les deux moyens journellement mis en usage pour arriver au diagnostic des affections du rectum.

Mais les méthodes d'exploration dites *classiques* sont, dans nombre de cas, manifestement insuffisantes.

Nous nous proposons de faire connaître dans cet article les innovations et les perfectionnements introduits à ce point de vue en chirurgie par notre excellent maître, M. Demarquay, et que nous avons eu nous-même l'occasion de mettre plusieurs fois en pratique avec succès.

Notre travail portera donc sur deux points : 1° l'exploration rectale ; 2° la sphinctérotomie anale, ses indications, ses procédés, ses résultats pratiques.

I. — DE L'EXPLORATION RECTALE.

Il est une précaution indispensable à prendre toutes les fois qu'on doit pratiquer une exploration ou une opération dans la région qui nous occupe : c'est tout d'abord de débarrasser l'extrémité inférieure du gros intestin des fécès qu'il contient à l'aide d'un laxatif pris le matin de bonne heure et de quelques lavements évacuants administrés peu d'instants avant l'arrivée du médecin ou même séance tenante. Cette dernière précaution a en outre l'avantage, par les efforts que fait le malade en allant à la garde-robe, de rendre saillante au dehors la portion inférieure de la muqueuse rectale, et de permettre ainsi la constatation *de visu* de l'état de cette muqueuse, de l'existence d'hémorrhoïdes internes, de polypes, etc. Si le seul fait d'aller à la garde-robe n'amène pas ce résultat, ou si encore, le chirurgien n'étant pas là au moment même où cette hernie de la muqueuse se produit, celle-ci s'est réduite presque aussitôt, il est facile, le malade étant mis dans la position convenable, de la faire se reproduire, en engageant le sujet à pousser comme s'il voulait aller à la selle, ce qu'il exécutera avec d'autant moins d'appréhension que le rectum aura été préalablement mieux débarrassé. A tout événement, le chirurgien fera bien, pendant cette manœuvre, d'appliquer la main garnie d'une compresse et disposée en creux sur l'orifice anal.

Il est encore un moyen de faire saillir au dehors la portion la plus inférieure de la muqueuse rectale, et dont M. Chassaignac recommande l'emploi : il consiste à introduire dans l'ampoule rectale un pessaire à air qu'on dilate ensuite ; cela fait, on tire sur la tige du pessaire comme pour l'extraire ; la muqueuse sort, se renverse, et l'on amène ainsi au dehors les tumeurs, les ulcérations dont elle est le siége.

A. *Du toucher rectal.*— Le malade étant convenablement placé, le doigt indicateur de l'une ou de l'autre main, soigneusement graissé, est présenté à l'orifice, qui d'ordinaire se resserre spasmodiquement à ce contact, quelle que soit d'ailleurs la bonne volonté du sujet : aussi ne saurions-nous trop recommander un moyen qui facilite toujours l'introduction du doigt explorateur, des objets de pansement, des instruments, et la rend bien moins pénible, c'est d'engager le malade à pousser vigoureusement ; le spasme cesse aussitôt.

On constate, chemin faisant, l'état de l'anneau sphinctérien, sa souplesse, sa dilatabilité, sa puissance contractile, la présence et la nature des tumeurs variées, des ulcérations diverses, des coarctations qui siégent à son niveau. L'anneau musculaire franchi, le doigt tombe — nous parlons des cas normaux — dans une cavité spacieuse qui rappelle jusqu'à un certain point la partie supérieure du vagin d'une femme enceinte.

Il faut faire pénétrer le doigt aussi avant que possible et, pour cela, placer la main de champ dans le sillon interfessier et pousser fortement en haut en déprimant le périnée.

On peut ainsi explorer toute la portion du rectum qui répond à la courbure sacrée, et l'on a souvent lieu d'être étonné des proportions énormes que présente l'ampoule rectale, surtout chez les individus habituellement constipés.

On explore de même les parois latérales pour s'assurer de l'état des excavations ischio-rectales ; puis on passe à la paroi antérieure, et l'on se renseigne alors incidemment sur l'état de la cloison recto-vaginale, de l'utérus, et parfois même des ovaires, chez les femmes ; sur celui de la prostate, du bas-fond de la vessie, des vésicules séminales chez l'homme.

Le toucher rectal bien pratiqué permet de reconnaître les tumeurs, les ulcérations, les rétrécissements du rectum, leur siége, leur nature, leur étendue, l'orifice interne des fistules, en s'aidant du stylet s'il

est nécessaire, l'existence d'abcès des parois rectales, la présence de corps étrangers, etc.

Il nous paraît inutile de nous étendre plus longuement sur les avantages évidents qu'il y a à pratiquer méthodiquement le toucher rectal dans l'étude des maladies des organes qui siégent dans le petit bassin et même dans la cavité abdominale.

Nous ne mentionnons que pour mémoire l'exploration du rectum à l'aide de sondes et de bougies appropriées ; ce mode d'examen ne fournit d'ailleurs que des renseignements peu précis.

B. *Du toucher rectal avec plusieurs doigts et avec la main entière.* — L'extrême dilatabilité de l'anus et la capacité considérable, ainsi que la grande souplesse qu'offre chez le vivant l'intestin rectum, permettent d'y introduire plusieurs doigts à la fois et même la main entière, en prenant la précaution de faire une dilatation graduelle.

Il est assez fréquent de voir se produire pendant cette manœuvre une déchirure du sphincter ; le chirurgien fera donc bien, quand il se propose de se livrer à une exploration de ce genre, de favoriser de suite la pénétration de la main, en pratiquant, ainsi que le fait M. Demarquay, une incision plus ou moins profonde du sphincter dans la direction du coccyx. Celle-ci nous paraît préférable aux incisions latérales multiples, préconisées par quelques auteurs allemands. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point en étudiant plus loin dans son ensemble la question si intéressante de la sphinctérotomie.

Il faut, quand on se décide à recourir à ce mode d'examen, destiné selon nous à rendre de grands services dans le diagnostic et le traitement, non-seulement des affections du rectum, mais encore des maladies qui peuvent avoir leur siége dans le petit bassin ou dans la cavité abdominale, il faut, disons-nous, employer l'anesthésie.

Curling (1) a signalé depuis longtemps la facilité extrême qu'apporte la chloroformisation dans l'exploration de l'anus et du rectum et dans les manœuvres chirurgicales qui se pratiquent sur cette région. Le chirurgien anglais indique un fait que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier : c'est le relâchement considérable du sphincter sous l'influence de l'anesthésie et la facilité avec laquelle il se laisse alors dilater et franchir.

(1) *Diseases of the Rectum*, London, 1865.

On peut donc, croyons-nous, ainsi que le professeur G. Simon l'a conseillé dernièrement (2), introduire graduellement dans le fondement plusieurs doigts, puis la main entière, et, dans certains cas même, y engager l'avant-bras et explorer ainsi la prostate et la vessie, l'utérus et les ovaires.

Pour nous, qui ne voulons envisager ici que les affections de l'extrémité inférieure du gros intestin, nous dirons que ce mode d'exploration est surtout appelé à donner d'utiles renseignements sur le siége exact, l'étendue, la nature d'affections portant sur un point élevé du rectum, que le doigt seul ne saurait atteindre, et aussi à faciliter bon nombre de manœuvres opératoires.

C. *De l'exploration du rectum avec le spéculum américain.* — Quand Récamier eut remis en honneur et perfectionné l'emploi du spéculum dans le traitement des maladies des femmes, on songea à l'appliquer également à l'exploration du rectum. Mais, jusque dans ces derniers temps, les spéculums construits dans ce but spécial étaient loin de réaliser les desiderata exprimés à cet égard par les chirurgiens.

Ce n'est que depuis que le spéculum américain a été appliqué à l'exploration du rectum que le diagnostic et le traitement des maladies de cet organe ont fait de réels progrès. On connaît trop bien aujourd'hui l'instrument de Sims, pour qu'il soit nécessaire d'en faire ici la description. Rappelons seulement que c'est à M. Demarquay que revient, croyons-nous, l'honneur d'avoir le premier, en France, préconisé l'emploi spécial de cet instrument dont les avantages sont inappréciables.

Son mode d'application au rectum est identiquement le même qu'au vagin. Comme pour le vagin également, il convient d'avoir des spéculums de différentes dimensions : les uns très-petits pouvant servir de gorgerets, d'autres de grandeur moyenne pour les examens simples, et enfin un troisième modèle très-large pour l'exécution des opérations.

Notre plus grand modèle a 45 millimètres de diamètre ; le professeur Simon se sert de spéculums ayant jusqu'à 55 millimètres d'ouverture.

Nous croyons devoir recommander le modèle à manche mobile ; les cuvettes, hémicylindriques, sont en cuivre solidement argenté

(2) Voir *Bull. de Thérap.*, t. LXXXIV, p. 328.

ou nikélisé. L'instrument est introduit graissé sur sa face convexe ; la main qui le tient doit imprimer au manche une forte traction dans le sens opposé à la paroi que l'on veut examiner, et en outre un mouvement de bascule tel, que le fond de la cuvette se porte vers la concavité du sacrum, si c'est la paroi antérieure que l'on explore ; ou vers le bas-fond de la vessie, si c'est la paroi postérieure.

La partie du rectum qui fait face à la concavité du spéculum se trouve alors non-seulement étalée, mais encore fortement éclairée par réflexion.

On conçoit aisément tous les services que peut rendre cet instrument bien appliqué ; on constate ainsi l'existence, le nombre, le siége, l'état des hémorrhoïdes internes ; les polypes, les tumeurs diverses ; le point exact de l'orifice interne des fistules et plus particulièrement des fistules borgnes internes, sur lesquelles le toucher ne fournit que des renseignements peu précis.

C'est à l'aide du spéculum américain que nous avons vu reconnaître par M. Demarquay et que nous avons reconnu nous-même l'existence d'abcès ignorés des parois rectales.

Mais c'est surtout au point de vue de la médecine opératoire que cet instrument est appelé à rendre d'excellents services ; on peut, grâce à lui, appliquer avec précision les agents médicamenteux ou diriger les instruments.

II. — DE LA SPHINCTÉROTOMIE ANALE.

Cette opération a pour but de faciliter l'exploration profonde du rectum, et aussi et surtout l'exécution des opérations qui se pratiquent sur cette portion du tube intestinal.

Elle consiste essentiellement dans la section plus ou moins complète de l'anneau musculaire qui termine et ferme le rectum ; cette section peut être sanglante ou mousse ; elle peut porter sur l'une ou l'autre des parties latérales du sphincter ou mieux sur la partie postérieure, c'est-à-dire directement en arrière, vers le coccyx, dans le sens du raphé.

Des considérations anatomiques faciles à comprendre motivent et justifient ce choix. En effet, les incisions latérales, outre qu'elles remplissent incomplétement le but même qu'on se propose, exposent, si elles sont un peu profondes, soit à une hémorrhagie, soit surtout à pénétrer dans le tissu cellulaire des fosses ischio-rectales ;

l'incision antérieure expose aussi à léser des vaisseaux importants et à blesser l'urèthre; seule, l'incision postérieure permet d'obtenir une large ouverture sans causer d'hémorrhagie notable, sans exposer autant au phlegmon périrectal.

Quelques chirurgiens ont bien indiqué la section du sphincter comme un temps préalable de certaines opérations, telles par exemple que l'extirpation du rectum; mais aucun, que nous sachions, n'a songé à faire de la sphinctérotomie anale postérieure un emploi régulier, méthodique, applicable aussi bien au diagnostic qu'à la médecine opératoire, comme l'a fait M. Demarquay depuis quelques années.

La rectotomie, telle que la pratique M. le professeur Verneuil, est une opération essentiellement distincte de la sphinctérotomie et par la forme et par le fond. Elle est surtout destinée à remédier à certains rétrécissements du rectum, ou encore à préluder à l'extirpation totale de cet organe; elle comporte, il est vrai, tout à la fois la section du sphincter et d'une plus ou moins grande étendue de la paroi rectale; elle est plus grave dans ses suites immédiates ou tardives, et n'est pas applicable à tous les cas où la sphinctérotomie pure et simple trouve son emploi.

Cette dernière n'expose pas, d'ailleurs, autant qu'on pourrait le croire de prime abord, à l'incontinence consécutive des matières fécales. Dans un grand nombre de cas où nous l'avons vu employer, la cicatrisation s'est opérée dans des conditions tout à fait satisfaisantes, et la fonction du sphincter s'est rétablie dans son intégrité.

On peut pratiquer la sphinctérotomie à l'aide de l'écraseur, de l'anse galvanique, du galvano-cautère, ou mieux, selon nous, à l'aide du bistouri boutonné conduit sur le doigt préalablement introduit dans l'anus; on limite ainsi plus exactement l'étendue du traumatisme à produire et l'on peut plus aisément le proportionner au but qu'on se propose d'atteindre.

Cette section sera superficielle, c'est-à-dire n'intéressera que la muqueuse ou fort peu et même point le sphincter, s'il s'agit de favoriser simplement l'introduction d'un spéculum volumineux ou de provoquer l'issue au dehors d'hémorrhoïdes internes, d'un polype, d'une tumeur quelconque de moyenne grosseur.

S'il s'agit au contraire d'introduire la main entière pour une exploration, ou d'une opération à pratiquer, telle qu'ablation de tumeur, incision ou dilatation de rétrécissement, etc., il ne faut

pas craindre de pousser l'incision jusqu'au coccyx. L'hémorrhagie qui se produit est sans importance et facile à maîtriser ; la voie ainsi ouverte est considérable, et enfin nous n'avons jamais vu cette opération préliminaire entraîner de conséquences sérieuses.

M. Demarquay a très-heureusement appliqué la sphinctérotomie à l'opération de la fistule recto-vaginale ; on facilite ainsi singulièrement l'avivement des bords de la fistule, l'application des points de suture et par suite la guérison définitive.

L'anesthésie est de rigueur pour pratiquer la sphinctérotomie, quel que soit son but. Le plus souvent, à peine est-elle exécutée, que le malade fait des efforts considérables et provoque l'issue au dehors, l'accouchement, pourrait-on presque dire, de la muqueuse rectale et des tumeurs ou des ulcérations dont elle est le siége, résultat qu'il serait assurément fort difficile d'obtenir par tout autre artifice et qui facilite beaucoup l'intervention de l'art.

L'incision postérieure du sphincter, telle que nous venons de la décrire, combinée avec l'emploi du spéculum américain de gros calibre, constitue un progrès réel dans le diagnostic et le traitement des affections de l'anus et du rectum. Nous ne saurions donc trop engager nos confrères à y avoir recours.

Emploi du mastic de vitrier en chirurgie ;

Par M. le docteur DE COURVAL.

Velpeau disait que, dans le traitement des tumeurs blanches, une compression bien faite était héroïque. M. Richet donne de la nécessité de l'immobilisation une raison excellente, lorsqu'il fait remarquer que la gravité des lésions articulaires est probablement due au trouble qu'apporte à la réparation des tissus intéressés le moindre mouvement du corps, qui retentit aussitôt dans la partie malade.

Quand Velpeau parlait de compression bien faite, il pensait sans doute à la difficulté de l'obtenir. Non pas qu'il soit rare de trouver des médecins qui sachent serrer une bande au point convenable et dresser un appareil ; mais ce qui fait défaut, c'est un bon intermédiaire de la constriction, qui se moule sur les parties, les égalise, les protége et leur transmette, sans jamais les blesser, également, en tous sens, le degré de pression voulu.

L'ouate, dans l'appareil de Burggraeve, la charpie ou même l'agaric indiqué par M. Richet ne répondent qu'incomplétement à cette description. Désireux de suppléer à leur insuffisance, je me suis livré à de nombreux essais avec des pâtes de différentes compositions, avec l'argile et les divers magdaléons employés dans la confection des sparadraps. Ces substances ont leur utilité, et les magdaléons de belladone et de Vigo, ainsi employés en masse, ont une action puissamment calmante et résolutive ; mais aucune ne réunit au même degré les qualités voulues, comme le mélange d'huile de lin et de craie connu sous le nom vulgaire de *mastic de vitrier* (1).

Le nom seul d'un *objet* aussi usuel est une démonstration, et l'on imagine de suite à quel point ce corps onctueux, ductile et pourtant massif, est propre à remplir le rôle de compresseur comprimé. En effet, le mastic frais répond parfaitement à toutes les exigences ; mais malheureusement son huile sèche à l'air ; plus vite encore elle transsude à travers les pièces de pansement et ne laisse en résidu qu'une pierre qui, bien qu'admirablement moulée sur les parties, ne remplit plus le but. Il y avait là une difficulté dont je n'eusse peut-être pas été tenté de chercher à triompher, si je n'avais tout d'abord reconnu au mastic une action très-marquée et inattendue sur la peau, qu'il adoucit, tempère et décongestionne. C'est véritablement l'agent le plus ab-irritatif que je connaisse. Encouragé par cette remarque, j'ai poursuivi mes essais avec d'autant plus d'application, que chaque utilisation nouvelle était pour moi une occasion de constater l'extrême commodité de ce topique extra-officinal.

J'arrivai ainsi, après m'être complétement rendu maître de son emploi, à reconnaître et à classer celles de ses propriétés dont on peut tirer parti pour répondre à des indications thérapeutiques. Je les distingue au nombre de quatre :

1° C'est l'agent de transmission le plus docile et en même temps le plus discret pour toutes les compressions ou les tractions exercées sur les saillies osseuses articulaires ou non ;

(1) Le mastic est un mélange d'huile de lin et de blanc d'Espagne dans lequel on ajoute des proportions de céruse qui varient du dixième au cinquième par rapport à la craie. Le maximum des avantages d'utilisation offert par le mastic correspond à la plus forte proportion de céruse, dans les limites indiquées, et qui sont celles où j'ai expérimenté.

2° Il ne s'altère pas, rancit très-lentement. On peut le laisser presque indéfiniment en contact avec la peau. Il absorbe les petits corps étrangers qui pourraient avoir une action irritante, et sa manutention n'exige pas de précautions particulières : ainsi j'applique sans scrupule et toujours avec le même succès, sur la peau la plus délicate, le mastic confectionné par les vitriers pour leur usage journalier et laissé par eux exposé à la poussière. Les parties sèches qui ont déjà servi peuvent être remaniées avec ou sans addition d'huile, pour être de nouveau utilisées. Enfin il atténue ou dissimule complétement l'action irritante des corps gras en contact prolongé avec la peau, notamment de l'axonge et de l'huile de foie de morue ;

3° Il est adoucissant, antiprurigineux, et constitue un topique excellent dans les affections érythémato-congestives du tégument externe, qu'il préserve au mieux du contact de l'air. Lorsque, ainsi qu'il arrive trop souvent, la peau, irritée par les pommades, les résolutifs, les piqûres de sangsues, le contact des liquides âcres, les cataplasmes, en est arrivée à ce point de susceptibilité, qu'elle ne peut plus rien supporter et qu'on ne sait qu'y faire, on verra le mastic effacer comme par enchantement les traces, odieuses au malade, des pratiques médicamenteuses antérieures et permettre de poursuivre, à l'aide d'une compression aisément supportée, un traitement efficace qui, sans ce secours opportun, aurait été forcément interrompu ;

4° Si on laisse le mastic plusieurs jours appliqué sur le même point, les effets de la compression permanente qu'il est possible de poursuivre, à l'aide de ce moyen, beaucoup plus avant que de toute autre façon, sans jamais contondre ou blesser les organes, — ces effets de la compression permanente, secondés par la propriété antiphlogistique de la composition, se manifestent par une action résolutrice plus profonde. L'épiderme se plisse, se macère, et les engorgements sous-cutanés se dissolvent sous l'effort d'une sorte de massage automatique.

Voici maintenant l'énumération des divers procédés que m'ont suggérés les nécessités de la pratique et à l'aide desquels j'ai pu tirer parti des propriétés que je viens de reconnaître au mastic :

A. Lorsqu'il s'agit d'exercer une compression intermittente sur un point déterminé, j'enveloppe un gâteau de mastic dans un morceau de toile gommée ou de gutta-percha-baudruche, j'applique et

je serre avec une bande. Le mastic se moule sur la partie et, ne pouvant fuir sur les côtés, transmet la compression sans aucune perte de force, mais sans brutalité. Pour plus d'exactitude, on peut commencer par appliquer le mastic nu et l'envelopper après qu'il a pris l'empreinte. Si je tiens à ce que le mastic soit en contact avec la peau, je pratique à la face cutanée du coussin une fenêtre suffisante avec un canif. Rien n'empêche de frictionner la région et d'y étendre telle ou telle pommade; seulement, si le mastic est à nu, il la boira rapidement.

Dans la convalescence d'une arthrite tibio-tarsienne, j'ai fait serrer le pied, garni de deux tuteurs construits d'après le modèle que je viens de décrire, avec une bottine lacée en cuir. Le malade a été ainsi mis à même de marcher plus tôt qu'il ne l'aurait pu faire sans cela, exempt de douleur et parfaitement soutenu.

B. Je stuque toute la partie — région tibio-calcanéenne, un genou, une épaule — avec du mastic un peu ferme, et je le recouvre en masse d'une seule feuille de taffetas ou de baudruche repliée en dedans sur les bords, pour s'opposer aux fusées et à la dessiccation. Linge et bande par-dessus.

C. Ou bien, pour plus d'élégance et de correction, je recouvre, au genou par exemple, d'abord la partie de mastic, comme ci-dessus, et je dispose à la surface des bandelettes de taffetas imbriquées et dont les extrémités repliées restent engagées entre le mastic et la peau, le tout figurant assez bien une carapace. Linge et bande par-dessus. Ce procédé, appliqué au genou, donne la compression type, surtout si une masse de mastic de 1 kilogramme, enveloppée seulement d'un linge et destinée à durcir, a été logée dans le creux du jarret pour donner un point d'appui à la constriction.

D. Dans les cas très-graves, lorsque la partie est tellement douloureuse que l'on ne peut y toucher et que le malade ne sait comment la poser, que la nature des lésions exige cependant une surveillance et de fréquents pansements, je fais reposer le pied, le genou, le coude dont il s'agit sur un coussin de mastic revêtu de taffetas; ou si, comme je l'ai vu une fois, la partie redoute même le peu de chaleur entretenue par le voisinage d'un tissu imperméable, je l'installe sur une couche épaisse de mastic nu et plus ou moins consistant. Ce mastic reposera lui-même sur une feuille de taffetas ou d'un métal, comme le plomb ou l'étain, en plaques d'un quart de millimètre, à l'aide desquelles on pourra, en relevant

les côtés, soutenir le membre par où l'on voudra et exercer au besoin un commencement de compression.

Ainsi disposé, on pourrait croire que le mastic va durcir à l'air ; j'en avais peur aussi ; mais il s'est trouvé que la chaleur de la partie phlogosée le maintenait dans un état de mollesse quelquefois trop grand, surtout si, pour les besoins du traitement, il s'y trouve mêlé du saindoux. D'ailleurs, le mastic durcit, surtout au voisinage des corps poreux, par transsudation. Les tissus imperméables et les métaux le conservent sans même l'entourer.

On peut, sur le plan de mastic, exécuter tous les lavages et les pansements nécessaires. Il est bon alors de le protéger à l'aide de linges ou d'un taffetas. Si l'on veut enlever la partie, il faut avoir soin de décoller successivement le mastic de la peau à laquelle il adhère, sans quoi on causerait des tiraillements dangereux. Cette adhérence est moindre lorsque le mastic est additionné de saindoux. Il macère alors mieux les tissus, mais comprime moins bien. Sa conservation peut encore, dans ce cas, s'étendre à plus de huit jours. Après ce terme, la graisse commence seulement à rancir.

E. Dans des cas moins graves, lorsque l'état d'une des articulations périphériques exige l'immobilité absolue combinée avec un certain degré de compression ; lorsque, avec cela, la douleur et le ramollissement des ligaments sont tels, que l'application du bandage approprié et son renouvellement sont impossibles, il n'est pas de meilleur moyen que de garnir de mastic une boîte ou une gouttière en plomb ou en fer-blanc et de lui confier la jointure. On comprend qu'en rapprochant les oreilles de la boîte pour le pied et la main, les bords de la gouttière pour le genou et le coude, on pourra serrer la partie autant que l'on voudra et lui donner à l'instant de l'air, si elle en désire. Il sera bon de contenir le mastic par une garniture de tissu imperméable à cheval sur les bords, pour l'empêcher de fuir.

Cette disposition permet le repos à la partie, qui n'est plus obligée de faire effort pour se maintenir dans telle ou telle position, et elle donne une grande sécurité pour la nuit en prévenant les fâcheux effets des soubresauts dont un membre malade est souvent agité durant le sommeil. La partie malade, en effet, est de tous côtés garantie, soutenue par le mastic dans lequel elle plonge, et c'est un excellent moyen pour éviter les positions vicieuses et les déplacements. Le pied, par exemple, sera maintenu à angle droit sans

fatigue, et l'on supprimera la congestion et la torsion des ligaments, qui sont à craindre lorsqu'il repose longtemps sur un côté ou sur l'autre. C'est enfin, d'une manière générale et en dehors même de la spécialisation dont je parle en ce moment, un sûr moyen d'éviter l'inconvénient majeur connu sous le nom de *douleur du talon*. A propos de ceci, je ferai remarquer que certaines fractures de la jambe ou de la cuisse pourraient être traitées avec avantage dans une gouttière garnie de mastic. On ne saurait en effet imaginer un plan plus uni et plus inoffensif.

F. Un procédé élégant, d'une application générale et facile, consiste à revêtir la partie malade d'une couche de mastic épaisse de 1 ou 2 centimètres, suivant le degré de sensibilité qui existe, sur laquelle on moule un morceau de gutta-percha ramolli dans l'eau chaude.

Il y a, pour l'exécution de ce procédé, plusieurs précautions à prendre :

1° Garnir les points sur lesquels doit reposer le membre d'une quantité exubérante de matière ; le talon particulièrement, s'il s'agit du pied ;

2° Recouvrir ce mastic d'un linge enveloppant replié en dedans de la couche sur la peau, pour s'opposer à un glissement sous l'effort de la pression exercée dans l'action de mouler avec la gutta chaude ;

3° Ménager sur un des côtés de l'appareil une solution linéaire de continuité qui permette d'ouvrir le moule en écartant les parois pour retirer à volonté la partie incluse ;

4° S'il s'agit d'un membre et que l'on veuille le faire reposer sur un plan de crin ou de bois, on fera bien d'aplatir légèrement le côté du moule qui doit porter, afin de lui donner de la stabilité ;

5° Hâter le durcissement de la gutta en la touchant avec de l'eau froide ou exposant la partie à un courant d'air. On s'exposerait, en négligeant cette précaution, à voir le moule se déformer.

Cet appareil, solide et relativement léger, permet, mieux que le précédent, aux malades d'exécuter des mouvements de translation et de totalité du membre. On peut, de la sorte, les lever et les changer de lit.

Enfin, s'il y a des plaies ou des fistules à surveiller, rien de plus facile que de pratiquer une fenêtre dans la gutta, tandis qu'elle est molle, au niveau du point voulu. On élimine aussi le mastic de cet

endroit, s'il y a plaie, car il n'est en aucune façon vulnéraire ; on le laissera au contraire provisoirement, si l'on veut tenter d'aveugler une fistule.

Le moule de gutta maintient admirablement, mais il a une puissance de compression automatique fort modérée lorsqu'il est sec. S'il faut obtenir un degré de plus, on ajoutera une bande roulée. Au pied (et j'ai toujours en vue la région de l'articulation tibio-tarsienne), cet expédient ne suffit pas, et l'on se trouvera bien de rapprocher les deux valves séparées, comme je l'ai recommandé, par un hiatus linéaire, à l'aide de bandelettes de gutta chaude collées aux parois du moule, lorsqu'il est froid, de chaque côté de l'interstice.

L'appareil gutta-mastic permet d'exercer des tractions sur le cou-de-pied, qui demeurera bien garanti et comme étranger à cette opération, dans laquelle il joue d'ordinaire un rôle si sacrifié.

Voilà donc six modes différents d'application. Il y en a même sept, si l'on compte l'enveloppement pur et simple dans un linge, auquel on a recours lorsqu'on désire garder l'empreinte d'une région ou si l'on a besoin de se procurer un point d'appui solide. On comprend que chacun a ses avantages suivant les circonstances et suivant la partie lésée. Il serait donc vain de comparer leurs mérites abstraits, et je croirais mieux faire de citer un peu plus tard, s'il y avait lieu, quelques cas dans lesquels le mastic a rendu des services en remplissant les indications que je lui ai reconnues plus haut.

Je ferai toutefois une remarque, c'est que l'utilisation la plus générale, la plus extemporanée, si l'on peut dire, correspond aux trois procédés dans lesquels le taffetas et la baudruche jouent le rôle protecteur. Ce sont aussi les seuls qui, pour les petites masses, s'opposent efficacement au durcissement en procurant une occlusion parfaite.

Quant à la question d'opportunité, je n'ai pas à la traiter, puisque la variété des modes d'emploi a été engendrée précisément par la nécessité occasionnelle de recevoir, contenir et protéger les parties, ou de les comprimer énergiquement, suivant les circonstances et les périodes.

Le mastic est un agent de pansement, ce mot étant pris dans le sens le plus large de l'expression, qui peut répondre à toutes les indications de cet ordre qui découlent de ces conditions diverses.

CHIMIE ET PHARMACIE

Des sirops saccharures et en particulier du sirop saccharure d'ipécacuanha ;

Par M. DANNECY, pharmacien en chef des hôpitaux civils de Bordeaux.

Il y a quelques années, j'ai publié une note qui avait pour but d'indiquer la préparation des saccharures, constituant un moyen aussi commode qu'expéditif pour préparer, sans frais de manipulation, des tisanes parfaitement limpides et exactement dosées, ce qu'il est difficile d'obtenir par le procédé ordinaire. Ce nouveau mode de préparation, en raison de ses avantages, si les renseignements qui me sont parvenus sont exacts, paraît avoir été adopté par un assez bon nombre de pharmaciens, et surtout être très-apprécié des praticiens et des malades, qui y ont trouvé de la sécurité et une grande commodité d'emploi.

Depuis, j'ai appliqué ce procédé à la préparation de saccharures que j'appelle *sirops saccharures*, qui sont d'une conservation indéfinie et sont dosés de telle sorte que, dans un même volume, ils renferment une quantité de médicament égale à celle des sirops ordinaires. Ce procédé est des plus précieux pour les sirops très-altérables et qui cependant ont besoin d'être conservés longtemps. C'est ainsi que je l'ai appliqué, avec beaucoup de succès, pour remplacer le sirop d'ipécacuanha. Sous cette forme, ce sirop est absolument inaltérable et son emploi est des plus simples, puisqu'il suffit de délayer une cuillerée de saccharure dans une petite quantité d'eau pour constituer un sirop parfait.

La préparation se fait avec les proportions suivantes :

Extrait d'ipéca repris par l'eau.	14 grammes.
Sucre blanc	1 200 —

Chaque cuillerée de saccharure, pesant 12 grammes, renferme 14 centigrammes d'extrait d'ipéca et forme, avec une proportion d'eau convenable, une cuillerée de sirop liquide.

Emploi de l'huile de ricin en collyre.

M. Lloyd Owen, de Birmingham, a employé l'huile de ricin en collyre dans les cas d'ophthalmie, et il paraît avoir eu à s'en louer.

Suivant lui, elle serait moins douloureuse que la glycérine, sur laquelle elle aurait de plus l'avantage, de même que sur la gélatine, d'être moins facilement entraînée par les larmes. En outre, en vertu de ses propriétés comme corps gras, elle pénétrerait parfaitement dans les anfractuosités de la conjonctive.

Le pouvoir dissolvant qu'a l'huile de ricin sur diverses substances a suggéré à l'auteur l'idée de l'employer comme véhicule de collyres médicamenteux. C'est ainsi qu'il y a fait dissoudre du sulfate d'atropine dans la proportion de 5 à 20 centigrammes pour 30 grammes d'huile de ricin, et qu'il a obtenu un bon collyre pour les cas où l'atropine est indiquée. (*British Med. Journ.*, mai 1872.)

Suppositoires de gélatine.

Le docteur Nagel recommande, pour remédier à l'accumulation des matières fécales dans le rectum et l'S iliaque, un moyen très-simple et qui, du reste, étant tout à fait inoffensif, peut être essayé sans qu'on ait à en redouter aucun inconvénient. Il s'agit de suppositoires faits avec de la gélatine brune. On laisse ces suppositoires tremper dans l'eau pendant douze heures, jusqu'à ce qu'ils soient ramollis et gonflés. On les introduit alors dans le rectum, et, en prenant soin d'ailleurs de soumettre les malades à un régime convenable, on obtient une évacuation de matières pultacées dans l'espace de vingt-quatre heures. Le docteur Nagel pense que ces suppositoires agissent en vertu des propriétés hygrométriques de la gélatine. Peut-être pourrait-on expliquer aussi l'effet obtenu, au moins pour une partie, par l'action que le contact de tels suppositoires ne peut manquer d'exercer sur la muqueuse rectale. (*Allgem. Wiener med. Zeit.*)

Pastilles laxatives au séné.

La formule suivante, reproduite par le *Répertoire de pharmacie* d'après le *Neues Repertorium für Pharmacie*, nous paraît commode pour l'administration du séné, purgatif précieux, mais d'un emploi quelquefois difficile. Elle permet de le faire prendre sous forme de pastilles, que le médecin peut administrer en nombre plus ou moins

considérable, suivant qu'il veut obtenir un effet purgatif ou simplement laxatif.

Follicules de séné.	1000
Sucre.	250
Pulpe de pruneaux.	250
Cannelle ou autre aromate.	4

Les follicules sont traités à froid par la quantité d'eau nécessaire, évaporés en extrait, puis incorporés aux autres substances pour faire quatre cents tablettes ou pastilles. Chaque tablette contient les principes actifs de 2g,50 de follicules.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Fièvre typhoïde ataxique et adynamique ; état des plus graves, mort paraissant imminente ; tartre stibié à haute dose et en lavage ; guérison.

Mme M***, marchande de nouveautés, quarante-neuf ans, tempérament lymphatique et nerveux, très-bonne santé habituelle, ménopause arrivée depuis un an sans avoir occasionné aucune indisposition.

Mal portante depuis quinze jours, voyant ses forces décliner de plus en plus et son appétit se perdre, Mme M*** me fit appeler le 23 juin 1873. A cette première visite, elle accusait de la céphalalgie, une courbature générale ; il y avait une fièvre intense avec chaleur mordicante de la peau. De tels symptômes donnaient lieu de craindre une maladie sérieuse et j'engageai la malade à garder le repos ; mais elle refusa de s'aliter, elle consentit seulement à prendre un vomitif : tartre stibié, 10 centigrammes ; sirop d'ipéca, 50 grammes ; eau, 100 grammes, qui fit rendre une quantité énorme de bile jaune et verte.

Le 24, le pouls était à 116 ; eau de Sedlitz, évacuation d'une extrême fétidité ; le 25, Mme M*** se décide à prendre le lit ; le 26, une seconde bouteille d'eau de Sedlitz amène encore des garde-robes abondantes et fétides ; et le 27, le pouls n'étant plus qu'à 96 et l'état paraissant meilleur, je prescris une infusion de tilleul, une potion calmante pour la nuit, du bouillon et de l'eau rougie dans la journée.

Mais le 28 la situation est changée : le pouls est remonté à 104, et il y a eu du délire dans la nuit. Potion avec extrait de quinquina et teinture de musc ; bouillon et eau vineuse.

Le 29, pouls à 112. Le délire a augmenté; c'est à grand'peine qu'on peut maintenir la malade couchée ; elle se refuse à prendre quoi que ce soit.

Le 30, pouls à 120; délire plus évident encore; la malade se promène en chemise dans sa maison et commet de nombreuses imprudences. Elle se montre de plus en plus obstinée à refuser tout ce qui est prescrit et, à partir de ce jour, on ne parvient qu'avec beaucoup de difficultés à lui faire prendre chaque matin un verre d'eau de Sedlitz, qui amène une ou deux selles encore très-fétides.

Cette situation désespérante se prolonge jusqu'au jeudi matin, 3 juillet. Nous parvenons enfin à obtenir alors une religieuse qui fait administrer les remèdes à peu près régulièrement (laxatifs légers, lavements, eau rougie, bouillon, tisane de quinquina). Le délire cesse vers dix heures du matin, mais fait place à un assoupissement obstiné, bientôt stertoreux, et enfin à un véritable coma. Pouls à 116.

A sept heures du soir, le même jour, je constate sur la joue droite la présence d'une très-vive rougeur, siége d'une chaleur bien plus vive que sur l'autre joue. J'ausculte immédiatement la poitrine; quelques râles sous-crépitants et crépitants très-manifestes, joints à une submatité correspondante, décèlent à la base du poumon droit une pneumonie au début. Pouls à 120, abattement extrême, connaissance à peu près perdue. Je fais appliquer un très-large vésicatoire (16 centimètres sur 12) à la base du poumon droit, et je prescris une potion avec: tartre stibié, 25 centigrammes ; sirop de fleurs d'oranger, 30 grammes ; eau, 120 grammes, à prendre par cuillerées à bouche toutes les demi-heures. Une consultation qui m'est proposée avec mon honorable confrère le docteur Levêque aura lieu le lendemain à huit heures du matin.

A neuf heures du soir, le danger paraît si grand que la religieuse fait administrer la malade, qui ne s'aperçoit de rien. On m'envoie chercher vers dix heures : le pouls est lent et fort, la respiration stertoreuse, les lèvres et la face violacées ; la mâchoire inférieure retombe inerte dès qu'on cesse de la soutenir et laisse voir la langue noirâtre, fendillée et très-sèche. Tout dénote une véritable asphyxie au début.

Je n'hésite pas alors à faire prendre par cuillerées à café coup sur coup toute la potion stibiée, dont trois cuillerées à bouche seulement avaient été administrées. J'ai soin à chaque cuillerée de faire fermer la bouche en ramenant avec la main le maxillaire inférieur au contact du supérieur. La malade pouvait, de cette façon, avaler automatiquement. J'avais en vue de produire, s'il se pouvait encore toutefois, des vomissements énergiques afin de faciliter le départ des mucosités qui obstruaient en très-grande quantité les bronches, et de produire une secousse nerveuse violente de l'économie. A la suite de cette potion stibiée, je fais prendre par cuillerées à bouche 3 litres au moins d'eau tiède. Aucun effet ne se produisant, j'envoie chercher une seconde potion

contenant encore 25 centigrammes d'émétique et j'en administre environ les deux tiers de la même manière que précédemment. Enfin, voyant que mes efforts paraissent inutiles, épuisé de fatigue, je me retire en recommandant à la religieuse de me faire prévenir immédiatement si, contre toute attente, la malade semblait se ranimer. Il était alors minuit et demi et la cyanose était plus prononcée que jamais.

A six heures du matin (4 juillet), on me fait appeler et, à ma grande surprise, je trouve la malade ayant sa pleine connaissance, se plaignant beaucoup de la tête, un peu du ventre, mais nullement de l'estomac. La sœur m'apprend que vers deux heures du matin ont eu lieu quelques vomissements et d'abondantes évacuations alvines. A partir de ce moment, la malade a pu respirer, l'intelligence est revenue peu à peu et le délire n'a pas reparu. Il n'existait aucun symptôme de gastrite ni d'entérite, comme je craignais qu'il ne s'en produisît après l'ingestion par les voies digestives, dans l'espace de deux heures, de 40 à 45 centigrammes d'émétique. Le poumon droit était libre, et il ne restait plus trace de pneumonie.

A huit heures, mon confrère le docteur Levêque et moi, nous vîmes la malade: le pouls était à 104; elle accusait une forte céphalalgie, une fatigue extrême ; on percevait un peu d'empâtement dans le flanc droit au niveau de la valvule iléo-cæcale. La prescription fut la suivante : onctions belladonées et cataplasmes larges et légers sur le flanc droit. Potion avec 2 grammes de bicarbonate de soude. Eau faiblement rougie. Nous redoutions qu'il ne se déclarât quelque inflammation gastro-intestinale. Il n'en fut heureusement rien.

Le soir, le pouls était à 112, la peau moite, l'état général très-satisfaisant, l'intelligence parfaite.

Le 5 juillet, à notre visite du matin, le pouls était à 100, la nuit avait été bonne. Le ventre n'était presque plus douloureux. Plusieurs selles jaunâtres très-fétides avaient été rendues. Nous prescrivîmes bouillon de bœuf léger et dégraissé, et potion avec 2 grammes d'extrait de quinquina jaune à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le 6 juillet, le pouls était descendu à 80. Plus de douleurs dans le ventre. La malade avait dormi : même traitement, on supprime les onctions belladonées et les cataplasmes.

Le 7, pouls à 80; langue presque nettoyée. L'état de la malade est si satisfaisant que mon confrère juge à propos de se retirer.

Le 8, amélioration plus sensible encore; plus de fièvre, même le soir; la malade demande à manger et commence à prendre des potages très-légers au tapioca.

A partir de cette date jusqu'à ce jour, 10 juillet, la convalescence a fait chaque jour des progrès de plus en plus marqués. Mme M***, qui depuis six jours se lève plusieurs heures, commence aujourd'hui à reprendre une partie de ses occupations.

Cette observation me paraît à un haut degré intéressante et instructive. Ne démontre-t-elle pas en effet : 1° l'importance, dans les maladies aiguës, de ne jamais désespérer des ressources de la nature, même dans la période asphyxique de l'agonie ; 2° l'efficacité en même temps que l'innocuité complète sur le tube digestif de l'émétique administré à haute dose et en lavage ?

Dr René Bidard,
Ex-médecin-major au 50e régiment de marche
(armée de la Loire).

Domfront (Orne).

BIBLIOGRAPHIE

Les Ambulances de la presse, annexes du ministère de la guerre, pendant le siége et sous la Commune (1870-1871). Paris, Marc, éditeur; Baillière et fils, libraires-éditeurs, 1873.

Le comité des *Ambulances de la presse*, qui ont fonctionné durant les deux siéges de Paris, a désiré, en publiant cet ouvrage, faire connaître leur mode d'organisation, leurs moyens d'action, les résultats qu'elles ont obtenus et les nombreux services rendus par elles tant à l'intérieur qu'à l'extérieur pendant plus de neuf mois, grâce à la sympathie avec laquelle cette association a été accueillie de toutes parts, mais surtout, selon nous, *grâce à l'admirable concours qui lui a été prêté jusqu'au dernier moment par le corps médical.* Faire une analyse complète de ce livre nous entraînerait beaucoup trop loin, car il nous faudrait reprendre tous les chiffres et tous les tableaux qu'il contient : aussi nous bornerons-nous à en donner un aperçu général, qui ne fera ressortir malheureusement que d'une façon insuffisante l'importance de cette association, à la tête de laquelle se trouvaient placés deux chirurgiens dont la spontanéité et l'autorité incontestable n'ont pas peu contribué aux succès qu'elle a obtenus.

Nées d'une souscription nationale à laquelle sont venus s'ajouter les dons de l'Angleterre, les *Ambulances de la presse*, munies d'un matériel considérable, ont été organisées par les soins du comité en *ambulances fixes* et en *ambulances mobiles*, et ont pu recueillir pendant la guerre contre la Prusse plus de quinze mille malades ou blessés et près de deux mille pendant la guerre sociale.

Parmi les *ambulances fixes*, dont la plupart sont signalées dans une notice monographique, l'histoire des *pavillons de Longchamps*, dont M. le docteur Demarquay avait pris la direction générale pendant les temps périlleux de la Commune, a reçu une description assez étendue, dans laquelle se retrouvent les embarras et tribulations de toutes sortes auxquels cette ambulance a été en proie.

Après avoir exposé l'organisation et le mode de fonctionnement des cinq grandes *ambulances mobiles* et avoir présenté dans tous ses détails le mécanisme d'une ambulance en campagne, avec un luxe de figures peut-être un peu exagéré, les auteurs arrivent à la partie dite *scientifique*. Cette dernière a plus particulièrement pour objet les questions indispensables de l'*hygiène* qui s'occupent du maintien de la pureté de l'air dans les salles à l'aide de la ventilation, des soins minutieux de propreté et de l'emploi d'agents désinfectants (deutochlorure d'étain ou liqueur de Libavius, ammoniaque, chlore gazeux, solution alcoolique d'acide phénique mêlée à l'alcoolat de benjoin, etc.). On remarque aussi, dans le même chapitre, relativement aux tentes, tentes-baraques et baraques, un aperçu extrêmement intéressant, puis l'exposé des importantes expériences faites par M. le général Morin à l'ambulance des Arts et métiers sur la ventilation, ainsi que la description détaillée des appareils imaginés par lui. Enfin à un *Appendice*, où se retrouvent certains documents relatifs aux *Ambulances de la presse* qui ont été publiés par divers journaux, fait suite un état de la situation financière de l'association, dans lequel le secrétaire général donne un compte rendu consciencieux des sommes dépensées et de celles qui restaient en caisse au 1er janvier 1871 : c'est là, il faut le dire, un excellent exemple, qui aurait certainement mérité d'être suivi à la même époque par les autres ambulances.

L'ouvrage se termine par les deux rapports si remarquables de MM. Ricord et Demarquay, l'un relatif au projet d'organisation du service médical en temps de paix et en temps de guerre, le second sur la nécessité de créer des ambulances modèles pour les blessés de l'industrie.

En publiant ce volume, les hommes honorables qui ont été placés à la tête de cette belle association philanthropique ont évité de s'entourer de mystère ; ils ont eu à cœur de mettre toutes les pièces sous les yeux du public, avec une profusion peut-être excessive,

mais dont nous devons leur savoir gré. Ceux qui l'auront sous les yeux resteront persuadés que dans les *Ambulances de la presse*, comme du reste dans la *Société de secours aux blessés* dont nous avons eu l'honneur de faire partie, tous, petits et grands, ont été à la hauteur de la noble mission qui leur avait été confiée et se sont acquittés d'une tâche difficile, souvent dangereuse, avec un dévouement qui a su leur concilier l'estime et la reconnaissance générales. Dr GILLETTE.

Manuel du microscope dans ses applications au diagnostic et à la clinique, par MM. Mathias DUVAL et Léon LEREBOULLET, 1873, vol. in-18; Masson, éditeur.

La micrographie médicale a fait de tels progrès depuis quelques années, les applications du microscope sont devenues si nombreuses, que nul ne saurait aujourd'hui, comme naguère, mettre en doute les services considérables que la clinique peut recevoir de cette science nouvelle.

A chaque instant le praticien doit recourir au microscope pour assurer un diagnostic douteux, et les cas ne sont pas rares où cet instrument permet à lui seul de juger sans appel. Aussi voyons-nous la jeune génération médicale s'adonner avec ardeur aux travaux d'histologie pour en faire le complément des notions puisées dans les hôpitaux au lit du malade. Nous devons donc savoir gré aux auteurs du *Manuel du microscope* d'avoir réuni, dans un petit livre élémentaire, toutes les notions indispensables pour familiariser le médecin avec ces mille préparations au microscope que l'on fait près d'un malade et, en outre, pour apprendre aux élèves à user de bonne heure avec fruit de ce précieux instrument qu'on met maintenant à leur disposition dans les cours officiels de la Faculté.

L'ouvrage de MM. Mathias Duval et Lereboullet est avant tout pratique ; il n'est pas didactique. Sans doute on y trouve nombre de renseignements classés avec ordre, je le veux bien, mais un peu comme dans un dictionnaire. Il était difficile de faire autrement : la science n'est pas faite, il faut exposer comme on peut ce que l'on en connaît. Le livre a six chapitres ; mais, dans une introduction, quelques pages sont consacrées à l'étude de l'instrument lui-même. Il est indiqué de quelle façon on doit se servir du microscope et

comment on peut faire une bonne préparation en mettant à profit les principaux réactifs usités.

Puis nous entrons dans le sujet proprement dit, et c'est l'étude du sang qui nous est présentée tout d'abord dans le premier chapitre. Les globules rouges sont examinés à l'état normal chez l'homme et chez certains animaux, car il y a là quelques données qui peuvent être utiles en médecine légale à propos des taches de sang. Ensuite sont passées en revue leurs diverses altérations de forme et de dimensions que l'on rencontre dans certaines maladies et dans les empoisonnements : état crénelé, microcythémie, macrocythémie. A côté se place l'étude des globules blancs et de la leucocythose. Les auteurs, voulant être complets, ont dit un mot de la spectroscopie du sang et de sa microspectroscopie ; c'est peut-être à tort, car ils sont restés uniquement dans des généralités. Ils ont été mieux inspirés en décrivant les parasites du sang sans leur attribuer trop d'importance et surtout en se montrant sceptiques à l'endroit du parasitisme dans les maladies.

Après le sang vient le pus ; ses variétés, ses dégénérescences sont décrites succinctement. Nous entrons ensuite dans une classification moins arbitraire des sujets où sont présentées successivement l'histologie normale et pathologique de la peau avec la description des principales dermatoses par altération de l'épiderme, des glandes, etc.; puis viennent les maladies cutanées parasitaires. On trouve quelques courtes indications sur la pourriture d'hôpital, le carcinome, le cancroïde, la diphthérie, le phlegmon, etc.

De la peau nous passons aux muqueuses et à leurs sécrétions. A propos de la muqueuse digestive, nombre d'indications pratiques sont fournies sur les enduits buccaux, les vomissements, les fecès ; en même temps il est fait mention de diverses réactions microchimiques les concernant importantes à connaître. La dialyse figure également dans ce chapitre pour quelques-unes de ses applications à la médecine légale.

Toutes les autres muqueuses sont également décrites en détail, ainsi que leurs produits de sécrétion normale ou pathologique : crachats, urine, sperme, écoulement menstruel, lochies, leucorrhées. Là encore se rencontrent une foule d'applications pratiques se rapportant à la clinique où à la médecine légale.

Le livre se termine par l'étude du lait, enfin des séreuses et des sérosités épanchées ou enkystées.

On le voit, ce petit manuel de 350 pages est riche de faits et rempli de renseignements. De nombreuses figures intercalées dans le texte viennent en aide aux descriptions et parlent aux yeux, chose importante dans l'espèce. Il est très-élémentaire, pas trop cependant, et à coup sûr sans prétentions ; il est purement descriptif et les théories y font défaut. Ce sont là des qualités qui le recommandent aux médecins praticiens qui n'ont pas le loisir de recourir aux ouvrages volumineux de Robin, Bazin, Davaine, etc., etc., ou à d'autres mémoires spéciaux qui ont presque exclusivement guidé MM. Duval et Lereboullet dans la rédaction de leur livre, qui n'en est en somme que le très-excellent résumé.

Dr Ernest Labbée.

De la galvanocaustie thermique, par M. le docteur E. Bœckel, chirurgien titulaire de l'hôpital civil de Strasbourg, professeur agrégé de l'ancienne Faculté de Strasbourg, etc. J.-B. Baillière et fils. Paris.

Ce travail, dû à la plume d'un des plus brillants élèves de M. Sédillot, est destiné à vulgariser l'emploi de la galvanocaustie thermique en chirurgie.

Il comprend, dans les deux premiers chapitres, un historique très-complet, l'énoncé rapide et très-clair des principes élémentaires de physique applicables à la galvanocaustie, la description de l'arsenal galvanocaustique, qui se compose de piles fournissant le courant, d'instruments qui transforment le courant en chaleur et le font agir sur les tissus, d'un modérateur pour graduer le courant selon les besoins et les phases de l'opération.

L'auteur recommande tout particulièrement l'emploi de la pile Bœckel-Redslob, à un seul liquide, et dont il existe deux modèles : l'un qui permet d'obtenir, à l'aide d'ingénieuses combinaisons, des effets chimiques ou des effets thermiques ; l'autre qui sert exclusivement pour les effets thermiques.

De tous les instruments, le docteur Bœckel préfère l'anse coupante ou ligature galvanocaustique, mue par le serre-nœud de Leiter.

L'emploi d'un modérateur constitue une innovation aussi heureuse qu'utile.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude des effets de l'anse

galvanocaustique sur les tissus vivants ; les eschares galvanocaustiques exposées à l'air libre se dessèchent et se racornissent, celles situées dans les cavités muqueuses se putréfient très-vite et peuvent donner lieu à des accidents septico-hémiques ; les eschares complétement sous-cutanées paraissent susceptibles de se résorber sans suppuration.

Le chapitre IV traite de l'hémostasie galvanocaustique. Il résulte des expériences de l'auteur que l'anse galvanocaustique peut diviser sans hémorrhagie des artères, même volumineuses, à la condition qu'elles soient aplaties préalablement par une ligature et qu'on ne se serve pas de courants trop intenses.

Les indications à l'emploi de la galvanocaustie en chirurgie opératoire forment le cinquième chapitre. M. Bœckel y passe successivement en revue les indications fournies par la nature des tissus que doit traverser l'anse coupante, le siége des tumeurs à enlever, l'état des sujets. Il donne ensuite les règles générales à suivre pour l'emploi de l'anse galvanocaustique et enfin les règles particulières que doit observer le chirurgien suivant les régions où il opère (langue, rectum, matrice, arrière-fosses nasales, etc.).

Une série d'observations intéressantes et détaillées, puisées dans la pratique de l'auteur et méthodiquement classées, confirment et justifient toutes les données énoncées au cours de ce travail remarquable.

Exprimons ici le regret que le prix élevé des appareils à galvanocaustie prive la plupart des chirurgiens et des malades des ressources immenses que peut offrir leur emploi.

Etude sur les fistules pelvi-rectales supérieures, par M. le docteur S. Pozzi, aide d'anatomie à la Faculté. G. Masson, éditeur.

L'auteur définit ainsi la variété, relativement assez rare, des fistules qu'il étudie : « fistules à l'anus très-profondes, généralement borgnes externes, dont le trajet, passant en dehors de toutes les parois intestinales, dans le tissu cellulaire pelvi-rectal, aboutit à une dilatation supérieure, au-dessus du releveur de l'anus ».

Il insiste tout particulièrement sur ce fait, que ces fistules sont toujours borgnes externes, que le stylet introduit dans leur trajet est séparé du doigt placé dans le rectum par une épaisseur consi-

dérable ; sur la présence d'une ampoule supérieure où le pus se collecte, et d'où le doigt explorateur l'expulse souvent en grande abondance.

Ces fistules ne sont pas justiciables des procédés opératoires ordinaires, qui exposent à l'hémorrhagie et à la péritonite.

C'est à la méthode de Gerdy, dite aussi *méthode de pincement*, qu'il convient de recourir.

Quatorze observations, inédites pour la plupart, servent de pièces justificatives à ce mémoire.

Des indications de l'hydrate de chloral dans les accouchements, par M. le docteur A. Pellissier. A. Delahaye. Paris, 1873.

Cette thèse comprend une étude rapide sur l'emploi des anesthésiques dans l'art des accouchements, suivie de chapitres intéressants sur le chloral, ses propriétés physiques et chimiques, et surtout sur les avantages qu'il y a à en faire usage pour rendre le travail de la parturition moins douloureux et plus facile.

De ses expériences sur les animaux et des observations qu'il a recueillies, l'auteur conclut :

1° L'hydrate de chloral pur n'exerce aucune influence fâcheuse sur la santé de la mère et de l'enfant;

2° Il n'altère en rien la régularité des contractions utérines, procure le sommeil et diminue la douleur;

3° Il convient tout particulièrement dans l'accouchement naturel chez les primipares; chez les femmes nerveuses et irritables; — contre les crampes, les maux de reins, les tranchées utérines;

4° On peut l'administrer par la bouche ou en lavement à toutes les périodes du travail;

5° Les opérations obstétricales réclament absolument l'emploi du chloroforme. Dr A. Cousin.

CLINIQUE DE LA VILLE

Traitement des kystes séro-sanguins du cou par l'électricité. — On rencontre à la partie antérieure du cou des kystes développés dans le corps thyroïde, dans les ganglions et souvent dans le tissu

conjonctif. Lorsque ces tumeurs sont peu volumineuses, elles ne sont que disgracieuses; mais, en s'accroissant, elles finissent par gêner la déglutition et la respiration, elles forcent les malades à porter la tête tantôt latéralement, tantôt en avant, et de plus elles y déterminent généralement une congestion habituelle en comprimant les vaisseaux de cette région.

Les matières qu'elles renferment sont variées; mais le plus ordinairement on y trouve de la sérosité seule ou mélangée de sang, et enfin du sang pur. Leurs inconvénients obligeant tôt ou tard les malades à en chercher la guérison, les chirurgiens les traitent par l'incision, l'excision, l'extirpation, les injections iodées, etc.; Celse a préconisé la cautérisation, à laquelle j'ai dû un succès complet en 1852.

Consulté il y a quatre ans pour un kyste séro-sanguin du cou, je l'ai guéri en employant la galvanocaustique thermique, comme on le verra dans l'observation suivante :

Le 8 octobre 1869, je me rendis avec le docteur Morpain chez M. S***, âgé de soixante-neuf ans, pour examiner une tumeur qu'il portait au côté droit du cou. Je la trouvai fluctuante, indolente, sans changement de couleur à la peau, s'étendant de l'angle de la mâchoire inférieure au sternum ; elle avait commencé à attirer l'attention du malade vers 1858. Je pensai qu'il s'agissait d'un kyste séro-sanguin du cou. Une ponction faite avec un trocart explorateur, ayant donné issue à un demi-bol d'un liquide de couleur chocolat, vint confirmer notre diagnostic.

Ce malade avait été traité par mon confrère en 1866 pour une congestion cérébrale ayant déterminé des symptômes passagers de paralysie du côté de la bouche; les membres étaient restés libres, mais il se plaignait d'un peu de faiblesse dans les jambes. D'une bonne constitution, du reste, il avait joui jusque-là d'une excellente santé.

Il fut convenu qu'on laisserait le kyste se remplir de nouveau, et qu'on tenterait d'en obtenir la guérison en cautérisant l'intérieur au moyen de la galvanocaustique thermique.

Le 3 décembre, M. Morpain étant souffrant, je priai M. le docteur Moreau-Wolf de vouloir bien m'assister dans l'opération projetée. M. S*** étant assis dans un fauteuil, la tête bien maintenue, je ponctionnai la tumeur au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule avec un long trocart explorateur et, le dirigeant obliquement en haut et en arrière, j'en fis sortir la pointe derrière l'angle de la mâchoire inférieure; je retirai alors le poinçon, et je lui substituai un fil de platine dont les extrémités dépassaient les orifices d'entrée et de sortie de plus de 10 centimètres. Confiant le fil à mon

confrère, je ramenai l'extrémité de la canule du trocart dans l'intérieur du kyste, j'en évacuai le contenu, puis je la retirai. Saisissant ensuite les deux extrémités du fil avec deux pinces montées sur les réophores d'une pile chirurgicale, je le fis rougir et je cautérisai ainsi l'intérieur du kyste en ayant soin de plier le fil latéralement, afin d'atteindre différents points de la paroi interne.

L'opération terminée, je fis appliquer sur le cou des cataplasmes d'abord froids, et plus tard tièdes. M. S*** ne s'alita pas un seul jour; mais sa femme me dit que, quoique dormant bien, il avait eu la nuit de la chaleur à la peau jusqu'au 8; le régime alimentaire ne subit aucun changement.

Le 7 janvier 1870, assisté par M. le docteur Moreau-Wolf, je retirai le fil de platine et je conseillai à M. S*** de panser les plaies des orifices avec un linge cératé, d'appliquer par-dessus de la ouate de coton et de maintenir le tout avec une cravate. A la fin du mois d'avril, ces deux petites plaies étaient cicatrisées et le malade complétement guéri. Je l'ai revu six mois après avec M. le docteur Moreau-Wolf, et nous avons constaté qu'il n'y avait plus d'autres indices de la tumeur que les deux petites cicatrices des orifices d'entrée et de sortie du fil.

En 1860, M. le docteur Otterbourg me pria d'examiner une dame de vingt-quatre ans, portant au côté gauche du cou une tumeur qui avait résisté depuis plusieurs mois aux pommades fondantes et aux applications de teinture d'iode. En l'examinant, je trouvai un kyste du volume d'une noix, placé sur le trajet de la carotide, que l'on sentait distinctement battre au-dessous. Mme S*** faisait remonter le développement de la tumeur à une couche qu'elle avait eue trois ans auparavant. Très-jolie femme, elle rejetait d'avance toute opération pouvant laisser une cicatrice apparente. Mon confrère était d'avis de faire une ponction suivie d'une injection iodée. Le volume de la tumeur et surtout sa situation sur l'artère me firent ajourner cette opération, et je proposai l'électropuncture, qui fut acceptée. Tous les deux jours j'introduisis dans le kyste deux fines aiguilles en acier que je mis en rapport pendant cinq minutes avec une petite pile de Bunsen. Quand la malade supporta bien cette opération, je pris une pile plus grande et j'arrivai en troisième lieu à une de 21 centimètres de hauteur. Plus tard, pour hâter la disparition complète de la tumeur, déjà très-sensiblement diminuée de volume, je fis appliquer de la teinture d'iode pure entre chaque séance électrique. Mme S***, très-satisfaite du résultat obtenu après quarante-cinq applications électriques, me demanda à continuer elle-même les badigeonnages de teinture d'iode sans électricité. Ultérieurement M. le docteur Otterbourg m'apprit qu'elle était complétement guérie.

Ce sont les deux seuls kystes du cou que j'aie traités par l'élec-

tricité. Le premier a été guéri au moyen de la galvanocaustique thermique sans l'intervention d'aucun autre agent. Le second l'a été par la galvanopuncture d'abord employée seule, puis associée à des badigeonnages avec de la teinture d'iode, lesquels à la fin suffirent à terminer la cure. Mais comme, avant l'emploi de l'électricité, les résolutifs n'avaient donné aucun résultat, et que la tumeur avait considérablement diminué avant de revenir aux applications iodées, je pense que la guérison complète eût été obtenue à l'aide de l'électropuncture seule, en continuant encore quelque temps.

Quant à la galvanocaustique thermique, si j'avais à l'employer sur une tumeur semblable à celle du malade qui fait le sujet de la première observation, je retirerais le fil de platine immédiatement après la cautérisation, afin d'abréger la durée du traitement.

D[r] A. Amussat fils.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Sur le pronostic des embolies ; prophylaxie de ce grave accident. A l'occasion d'un cas d'embolie mortel survenu à la suite d'une fracture de jambe, dont M. Demarquay a entretenu l'Académie de médecine (séance du 26 août), plusieurs faits ont été communiqués, qui démontrent que l'embolie est susceptible de guérison. C'est un point qui était connu, mais qu'il ne saurait être hors de propos de confirmer par de nouveaux exemples; car, en présence des symptômes formidables qui accompagnent cet accident, il importe que le praticien soit en mesure de ne pas perdre immédiatement tout espoir.

Le premier de ces exemples de guérison a été relaté par M. Demarquay lui-même. « Je soignais, a-t-il dit, avec Trousseau, une dame atteinte d'un énorme phlegmon péri-utérin. Nous constatâmes un jour une phlébite de la veine fémorale, et la présence d'un coagulum qui remontait jusqu'à l'arcade crurale. Un matin, en notre présence, la garde, en soulevant le membre de la malade, le laissa glisser et la jambe retomba de quelques centimètres de haut. A l'instant même la malade fut prise d'une douleur thoracique très-vive, d'une anxiété extrême, de syncope, et nous la crûmes perdue. Elle revint pourtant peu à peu à elle et se rétablit complétement. Comme à ce moment elle était épuisée, très-affaiblie, il est à supposer que le caillot sanguin, peu consistant, s'est désagrégé promptement et qu'ainsi la circulation a pu se rétablir. »

M. Bourdon a aussi observé deux faits analogues chez deux femmes, dont l'une était affectée de varices enflammées et l'autre de *phlegmatia alba dolens*. Chez l'une, l'accident survint à la suite de mouvements de flexion du bassin; chez l'autre, par suite de mouvements de la cuisse. Elles survécurent toutes deux; mais l'une d'elles conserva longtemps une face asphyxique et de l'oppression, surtout dans les mouvements, ce qui indiquerait que les caillots persistèrent longtemps avant de disparaître entièrement. Dans les jours qui suivirent, il y eut quelques hémoptysies; à l'auscultation, aucun signe particulier ne put être constaté. Ces faits prouvent

que les embolies peuvent guérir quand le caillot est très-petit.

Le savant président de l'Académie, M. le professeur Depaul, a eu aussi quelques cas d'embolie dans sa pratique des accouchements, et deux fois il a constaté la guérison ; de ces cas il s'est contenté de rapporter le suivant :

« Il s'agissait, a-t-il dit, d'une jeune dame que j'avais accouchée et qui était atteinte d'une *phlegmatia alba dolens*. Tout allait bien, et un jour je venais de la quitter, quand on me renvoie chercher en toute hâte : la malade avait été prise subitement d'une douleur violente dans la poitrine, d'étouffements, de suffocation, et je la trouvai mourante. Je fis appeler Velpeau, qui était un ami de la famille ; il arriva aussitôt. Je lui racontai ce qui était arrivé, et il conclut comme moi qu'il y avait une embolie. J'auscultai le cœur de la malade et je trouvai un bruit de souffle qui n'existait pas auparavant et ne persista pas. Nous fîmes ce que nous pûmes, c'est-à-dire peu de chose ; une légère amélioration survint et la malade se rétablit insensiblement, mais resta cyanosée une douzaine de jours. Aujourd'hui elle est complétement guérie et elle a même eu deux enfants depuis. L'autre cas est analogue, je ne fais que le citer ; ces deux exemples, rapprochés de ceux dont il vient d'être question, peuvent être utiles comme renseignements. »

M. Moutard-Martin a également observé un cas de guérison d'embolie, et le fait est d'autant plus intéressant, que les accidents d'oblitération se sont reproduits deux fois de suite à peu de jours d'intervalle. « C'était chez une jeune femme de vingt-huit ans, accouchée récemment : elle avait une *phlegmatia alba dolens*. Malgré les recommandations les plus formelles de ne pas toucher à la jambe, la garde-malade faisait des frictions avec je ne sais quel liquide. Un jour la patiente est prise subitement, à la suite d'une de ces frictions, d'une angoisse, d'une anxiété effrayantes. On m'envoie chercher, j'arrive en toute hâte et je la trouve presque mourante, cyanosée, les extrémités froides, le pouls filiforme et impossible à compter, les battements du cœur tumultueux. Les accidents s'apaisent peu à peu et la malade se rétablit. Quatre jours après, les mêmes accidents se reproduisirent avec la même intensité, puis disparurent peu à peu, et la malade se rétablit définitivement. — On peut donc guérir, mais cette guérison dépend de la grosseur et de la consistance du caillot. »

Dans la séance suivante (2 septembre), M. le professeur Gosselin, revenant sur le fait communiqué par M. Demarquay, s'est exprimé ainsi : « Il n'est pas étonnant de voir des embolies se produire à la suite de fractures et surtout de fractures du membre inférieur ; peut-être même doit-on s'étonner que cet accident n'arrive pas plus souvent, car c'est une chose très-ordinaire et que j'ai signalée dans mon dernier ouvrage, que la coagulation du sang dans les grosses veines qui entourent la région fracturée. Cette coagulation commence vers le quinzième, le vingtième ou le vingt-cinquième jour, et c'est à elle qu'il faut rapporter la douleur qu'éprouvent les malades et l'œdème qu'on remarque dans la période de consolidation ; aussi n'est-il pas surprenant de voir survenir des embolies à la suite de ces phlébites.

« Comme conséquence de ces connaissances, on doit chercher à prévenir la désagrégation des caillots et les embolies consécutives. Ces mesures prophylactiques, tout le monde les connaît ; pourtant des accidents arrivent, et tout cela parce qu'on les oublie ou qu'on les néglige quelquefois. Elles consistent surtout à donner au membre l'immobilité la plus absolue ; car les mouvements favorisent la désagrégation des caillots à une époque où ils sont encore peu consistants ou n'ont pas contracté des adhérences assez solides avec les parois des vaisseaux sanguins..... Pour moi, je crois qu'il ne faut pas permettre de mouvements avant le quarante-cinquième et même le cinquantième jour. Ce que je dis là s'applique aussi aux phlébites ordinaires, mais surtout aux phlébites consécutives à des varices, qui exposent plus que toutes les autres aux coagulations sanguines et aux embolies. » (*Bull. de l'Acad. de méd.*, nos 34 et 35.)

REVUE DES JOURNAUX

Règles d'hygiène à suivre en temps d'épidémie de choléra. Nous reproduisons le résumé d'une des dernières leçons du cours que M. Bouchardat vient de terminer à la Faculté de médecine, leçon qu'il a consacrée à l'étiologie et à la prophylaxie du choléra.

Le savant professeur d'hygiène, après avoir abordé le problème si important et encore entouré de tant d'obscurités de la genèse du choléra, étudie les conditions générales de propagation et de prédisposition ; il en arrive ensuite à tracer les règles d'hygiène. Il divise ainsi son sujet : 1° hygiène internationale ; 2° hygiène des villes ; 3° hygiène individuelle. C'est à cette dernière partie que nous nous bornerons.

On doit adopter une hygiène spéciale dans les trois conditions que voici : plénitude de la santé ; imminence morbide ; apparition de symptômes précurseurs.

Dans la plénitude de la santé, il convient d'éviter les fatigues excessives, les refroidissements non suivis de réaction ; à ce point de vue une ceinture de flanelle de même que des couvertures suffisantes pendant le sommeil sont utiles. Les excès vénériens, les préoccupations tristes doivent être évités. On a dit que la peur était une condition fâcheuse ; je veux bien, dit le professeur, ne pas contredire cette remarque, qui porte à la force de l'âme, mais j'ai de trop bonnes preuves que l'on peut impunément faire son devoir dans les épidémies les plus meurtrières, tout en ayant la plus grande terreur, pour admettre que ce soit là une condition aussi fâcheuse qu'on le dit. Il ne faut rien changer à l'alimentation qui convient individuellement à l'appareil digestif, alimentation à laquelle il est habitué ; pas d'écart de régime, pas d'essai. Bien souvent, comme chacun a pu l'éprouver, notre appareil digestif se révolte contre les innovations en apparence les plus inoffensives. La division des aliments et la mastication devront être surveillées. Autant que possible, l'alimentation devra être variée, réparatrice, sans excès, surtout en ce qui a trait aux alcooliques. Cependant, pour les personnes sobres, il ne faut pas craindre une légère augmentation dans la ration journalière du vin rouge, à la condition qu'on choisisse de vieux bourgogne ou de vieux bordeaux de grande qualité ; un petit verre de vin tannique de Bagnols à chacun des deux principaux repas peut utilement les remplacer. A propos des boissons, disons que, pour les maladies qui sont communiquées par des miasmes spécifiques, tels que la fièvre typhoïde, le typhus, la dysenterie contagieuse, le choléra, il est certain que les eaux potables peuvent être comme l'air un des moyens de transport des ferments morbides. M. H. Blanc, chirurgien-major dans l'armée britannique, a insisté dernièrement sur ce sujet avec beaucoup de force. Sans être aussi affirmatif que lui, nous pensons que ceux qui le pourront, feront sagement de remplacer des eaux potables douteuses par des eaux minérales gazeuses naturelles très-faiblement alcalines et exemptes de tout soupçon, comme les eaux de Vals (source Saint-Jean), Soultzmatt, etc., etc., qui, avec un vin léger, constituent une boisson très-agréable.

Si la diarrhée est à redouter pendant le cours d'une épidémie de choléra, rien ne la prévient plus sûrement que la régularité journalière des selles aux mêmes heures.

Les individus qui sont, par suite ou de privations ou de longues maladies, etc., etc., dans cet état désigné sous le nom de *misère physiologique* sont, toutes choses égales, beaucoup plus exposés que les autres à subir les effets du miasme cholérique que les individus dans la plénitude d'action de l'ensemble des fonctions de nutrition. Cette loi d'imminence est démontrée par la fréquence des cas intérieurs qui se sont développés dans les salles d'hôpitaux et par la diminution de la mortalité dans l'année qui suit une épidémie meurtrière. Ces individus affaiblis qui ne sont pas retenus par le devoir n'ont rien de mieux à faire qu'à s'éloigner des localités où règne le choléra. Il est une autre loi d'imminence établie par une observation attentive, c'est le danger du séjour, pendant les heures du sommeil de la nuit, dans un foyer cholérique intense. On donne le nom de *foyer cholérique intense* à des localités souvent très-circonscrites dans lesquelles se

développent successivement un grand nombre de cas de choléra.

Il est donc de la plus grande importance d'abandonner ce foyer, à moins de devoir, pendant les heures consacrées au sommeil.

On peut chaque jour donner les soins les plus assidus aux cholériques, pourvu qu'on passe les sept heures destinées au sommeil dans une localité éloignée d'un foyer cholérique.

Dans les temps d'épidémie cholérique, les dérangements intestinaux sont des plus fréquents; il importe de les soigner avec plus de promptitude et d'attention que dans les temps ordinaires. Le repos, la diète absolue pour commencer, l'emploi des boissons stimulantes, telles que les infusions de menthe, de thé, additionnées d'un peu d'eau-de-vie, en évitant toutes les causes de refroidissement, voilà les moyens hygiéniques auxquels on peut avoir recours. Pour employer des modificateurs plus puissants, l'intervention du médecin est indispensable, car, suivant l'intensité, la persistance de la diarrhée, les idiosyncrasies, les moyens thérapeutiques doivent varier. Dans tels cas, l'ipécacuanha, un purgatif salin (sulfate de soude, tartrate de potasse et de soude) sont bien indiqués; dans tel autre, un demi-lavement avec 10 à 12 gouttes de laudanum ou une potion éthérée et laudanisée réussiront mieux. On peut encore, quand les selles sont fétides, employer avec un grand succès 1 gramme ou 2 de sous-nitrate de bismuth. L'association de ce sous-nitrate avec un vieux remède astringent et opiacé, le diascordium, s'est montrée souvent très-efficace. — On le voit, pour choisir entre des moyens aussi variés, il faut l'habitude, que l'expérience seule donne. (*Gaz. des hôp.*, 1873, nº 108.)

Sur les effets et le mode d'administration de la strychnine. Le docteur Chisolm, employant la strychnine dans le traitement de l'atrophie du nerf optique, a fait des expériences dont voici les résultats :

Sous la forme d'injections hypodermiques, il commençait par de faibles doses, pas plus d'un quarantième de grain à chaque fois, et augmentait graduellement la quantité suivant la tolérance observée. Celle-ci en général s'établissait rapidement, de telle sorte qu'une dose occasionnant une contraction pénible dans les muscles spinaux et ceux des membres inférieurs, cessait d'incommoder après un petit nombre de répétitions. Pour obtenir tout le bénéfice que la strychnine peut donner, M. Chisolm regarde comme nécessaire de tenir l'organisme sous l'influence des effets physiologiques complets du médicament, en administrant une quantité aussi forte que le malade la peut supporter sans inconvénient : en général un demi-grain, à doses fractionnées, peut être administré à la plupart des sujets.

Des expériences comparatives ont eu pour but de déterminer si des doses égales peuvent être prises par l'estomac, et ces expériences ont permis de reconnaître, d'une part, que la même dose injectée sous la peau ou ingérée dans l'estomac agissait un peu plus promptement dans le premier mode d'administration, et d'autre part que la même dose n'était pas également bien supportée à tous les moments de la journée. A jeun il n'était pas possible de prendre une aussi forte dose qu'à la suite d'un repas; d'un autre côté, la dose pouvait être plus considérable dans la matinée qu'au milieu de la journée, et au milieu de la journée que le soir. L'action de la strychnine est cumulative, elle n'est pas éliminée de l'organisme avec autant de rapidité qu'elle y pénètre.

Trouvant que les doses fortes de strychnine prises par la bouche produisent tant immédiatement que finalement des résultats identiques à ceux qu'elle donne quand on l'injecte sous la peau, le docteur Chisolm a renoncé à ce dernier mode d'administration. Pour éviter aux malades le désagrément de son extrême amertume, il la donne sous forme de granules enrobés de sucre, lesquels, à son avis, agissent aussi bien que les préparations liquides et, étant mieux définis, sont plus sûrs. Ces granules sont de 1 trentième, 1 vingtième, 1 quinzième et 1 dixième de grain ; on commence par les doses faibles et l'on monte aux doses plus élevées dans l'espace de quinze jours ou trois semaines, en prenant garde de donner des doses moins fortes le soir. On peut administrer environ 1 demi-grain de strychnine par jour, ce qui est la dose qui fournit les meilleurs effets thérapeu-

tiques; et elle peut être continuée plusieurs mois. (*Amer. Journ. of Med. Sc.*, avril 1873).

Contribution à la thérapeutique de l'angine couenneuse. Le nombre considérable de traitements proposés pour combattre l'angine diphthéritique, l'apparition de nouveaux traitements présentés comme ayant donné de meilleurs résultats que les précédents, tout cela témoigne de l'insuffisance des moyens qui, jusqu'à ce jour, ont été mis en usage. Quoi qu'il en soit, nous ferons connaître ici le plan adopté par le docteur Lolli (de Trieste) depuis plusieurs années, et qui, dit cet auteur, a eu entre ses mains les effets les plus satisfaisants.

D'abord M. Lolli n'a jamais recours à aucun genre de cautérisation ni à aucun moyen de déplétion, émissions sanguines, purgatifs ou vomitifs, si ce n'est à ces derniers dans un certain nombre de cas exceptionnels.

Secondement, il porte une attention toute particulière sur les fonctions de la peau, qu'il s'efforce d'exciter de toutes façons, soit en tenant les malades chaudement couverts dans leur lit, soit par l'application de cataplasmes chauds et de sinapismes, et cela non-seulement au début de la maladie, mais jusqu'à ce que tout symptôme, soit général, soit local, ait cédé et disparu.

En troisième lieu, il fait usage tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et sous forme d'inhalation, des substances suivantes, mélangées en proportions variées et à divers degrés de concentration :

Eau de chaux . .	120g,00	à	500g
Perchlorure de fer liquide	1 ,00	à	6
Acide phénique .	0 ,05	à	1
Miel rosat . . .	30 ,00		

Mêlez.

Ce mélange bien agité est administré toutes les deux heures, alternativement, tantôt en applications sur les parties affectées et tantôt à l'intérieur, une cuillerée à café étendue dans une boisson.

Enfin M. Lolli prescrit un régime nourrissant en quantité modérée, et des boissons tièdes ou froides, suivant la préférence des malades. Ceux-ci, avant l'ingestion soit des aliments, soit des boissons, doivent avoir au préalable la bouche et la gorge badigeonnées avec le mélange indiqué ci-dessus et s'en gargariser avec soin.

D'après l'auteur, les résultats fournis par ce mode de traitement ont été les suivants : sur 60 cas d'angine diphthéritique, il n'a eu qu'une seule mort, tandis qu'à Trieste la mortalité par cette maladie dépasse annuellement le nombre de 350. Dans aucun des cas il n'y a eu d'affections secondaires.

Ces chiffres, nous l'avouons, nous laissent dans une certaine perplexité et nous n'avons pas besoin d'en dire les motifs, qui se voient d'eux-mêmes. Remarquons d'ailleurs que ce qui paraît former la partie la plus originale de ce traitement, c'est l'emploi du mélange dont on vient de lire la formule. Or ce mélange, assez complexe, est composé de substances dont chacune, ce nous semble, a déjà été employée isolément par divers praticiens. Ce n'est pas toutefois une raison pour se refuser à l'essayer. (*Allgem. Wien. med. Zeit.*, 8 juillet 1873.)

Injections d'alcool dans les lipomes. Le docteur Hasse, de Nordhausen, préconise les injections d'alcool ordinaire à brûler dans le parenchyme des tumeurs lipomateuses. Il doit au docteur Schwalbe, de Zurich, l'idée de cette pratique.

Le contenu d'une petite seringue de caoutchouc est injecté en différents points de la tumeur à plusieurs jours d'intervalle, et bientôt celle-ci se ramollit et devient fluctuante sans grande réaction pour le malade, qui peut continuer à vaquer à ses occupations. La tumeur est alors incisée et elle se vide par l'écoulement d'un liquide huileux, dont de légères pressions facilitent l'issue. C'est ainsi du moins que les choses se passèrent chez une dame qui portait un large lipome de l'épaule, s'étendant jusque dans l'aisselle, et qui se trouvait dans de trop mauvaises conditions de santé générale pour que l'on songeât à l'ablation.

Dans un second cas, chez un homme de quarante ans, trois injections à quatre ou cinq semaines d'intervalle furent suffisantes. La réaction ne fut que très-légère. (*Blatt für Heilk.* et *Lyon méd.*, mai 1873.)

VARIÉTÉS

Choléra. *Etiologie; prophylaxie.* — Nous extrayons d'une note lue par M. Léon Colin à la Société médicale des hôpitaux (séance du 19 septembre) les pages suivantes, où le savant professeur du Val-de-Grâce étudie : 1° la part qui, dans l'épidémie actuelle, peut revenir à deux causes invoquées de longue date, mais plus spécialement dans ces dernières années, l'usage interne de l'eau altérée par les déjections cholériques et les influences atmosphériques ; 2° la prophylaxie.

« *Influence de l'eau de consommation.* — La dissémination des foyers cholériques dans Paris nous semble un argument contre la thèse, émise dès l'épidémie de 1854, et qui vient d'être reprise récemment par un médecin de l'armée anglaise aux Indes, M. H. Blanc (1), thèse d'après laquelle la propagation de ces épidémies dépendrait, d'une manière presque exclusive, de l'ingestion d'eaux souillées de déjections cholériques. Les recherches remarquables faites à Londres par J. Simon sur l'influence morbifique des eaux de la Tamise imprégnées de ces déjections ; le développement, durant la guerre de Crimée, du choléra dans l'armée anglaise qui s'était approvisionnée d'eau à Baltschichk, où venait de camper l'armée française atteinte de diarrhée, ont fait attribuer, surtout en Angleterre, une valeur étiologique considérable à l'usage interne de l'eau altérée par des produits de provenance cholérique. On a même invoqué l'altération constante des eaux du Gange par des produits de ce genre pour expliquer la permanence de l'affection dans son berceau d'endémicité. A ces observations, recueillies sur de grands théâtres, se joint le groupe imposant d'une masse de faits particuliers établissant les prédispositions ou les immunités individuelles de personnes vivant dans des conditions absolument identiques d'ailleurs, et ne différant entre elles que par la provenance des eaux de consommation.

Nous croyons cette doctrine complètement inapplicable à la répartition de l'épidémie actuelle dans les divers quartiers de Paris, dont l'éloignement réciproque et l'atteinte simultanée écartent la pensée de toute infection successive par l'intermédiaire d'un élément bromatologique commun.

Ne voyons-nous pas aujourd'hui, du reste, un épidémiologiste qui a été l'un des plus ardents promoteurs de cette théorie, Pettenkoffer, en reconnaître entièrement l'insuffisance et en proclamer même la complète inanité ?

Parmi les faits invoqués à l'encontre de l'influence spécifique des

(1) Voir *Bull. de Thérap.*, dernier numéro.

eaux ainsi altérées, les plus remarquables nous sont fournis par l'histoire de ces paquebots chargés d'émigrants indiens, ayant à bord le choléra, descendant chaque année le cours du Gange pour gagner soit l'île Maurice, soit les Indes occidentales ; ces transports se trouvent parfois dans des conditions hygiéniques déplorables ; rien n'est installé pour l'isolement, l'anéantissement de la matière cholérique, pour sa séparation absolue d'avec les approvisionnements du bord ; et cependant, en général, l'épidémie s'éteint dès que le bâtiment a gagné la pleine mer. Nous voyons, en revanche, de graves explosions se manifester parfois dans des conditions où l'on a épuisé toutes les ressources de l'hygiène moderne pour assurer la complète salubrité du milieu nautique. Lawson rapporte l'histoire d'un bâtiment de la marine anglaise, le *Windsor-Castle*, qui, en 1866, partit de Londres avec un détachement de troupes à destination des Indes orientales ; on redoutait naturellement, vu les conditions épidémiques du moment, toute cause d'insalubrité ; les précautions les plus absolues de désinfection et de propreté furent appliquées à bord ; les latrines étaient lavées toutes les deux heures ; la maladie éclata, cependant, parmi les passagers et ne cessa qu'à l'arrivée au cap de Bonne-Espérance.

Le choléra n'est pas, du reste, la seule affection dont on ait recherché la propagation dans l'usage alimentaire d'eaux altérées par leur mélange avec les déjections spécifiques ; on a émis la même opinion, appuyée de faits, pour la dysenterie et pour la fièvre typhoïde. Ces deux maladies offrent, avec le choléra, ce double caractère commun : 1° d'entraîner la surabondance et l'altération des évacuations intestinales ; 2° de présenter leurs principales lésions sur le trajet du tube digestif, en sorte que l'esprit se laisse volontiers aller à la pensée d'une propagation morbide facilement explicable par la production exagérée du produit pathologique et par son transport presque immédiat, dans un autre organisme, sur le point même où se développera la lésion caractéristique ; cette conception prend l'apparence de simplicité de l'inoculation d'un produit virulent. On sait l'appoint fourni à cette séduisante théorie par le nombre considérable d'organismes microscopiques rencontrés dans les sécrétions intestinales, organismes acceptés d'abord pour des espèces nouvelles, caractéristiques, et qui, pour le choléra, furent, il y a quelques années, la base d'une doctrine (doctrine parasitaire, *pilztheorie*) qui, aujourd'hui déjà, ne nous paraît plus guère soutenable.

J'admets, pour mon compte, dans l'étiologie de chacune de ces affections, l'influence morbifique de l'eau contaminée par les sécrétions morbides, mais sans considérer cependant cette influence comme spécifique.

Dans un travail sur l'*Ingestion des eaux marécageuses comme cause*

de la dysenterie et des fièvres intermittentes (1), j'ai réuni des faits prouvant que la dysenterie pouvait résulter de boissons altérées par les principes les plus divers, par les produits de décomposition animale aussi bien que par ceux de putréfaction végétale, et même par les sels inorganiques empruntés aux terrains traversés par les sources ou les cours d'eau.

Je pense qu'il en est de même pour le choléra. La mauvaise qualité des eaux de consommation, qu'elle tienne à la présence de produits simplement putrides ou à celle des déjections intestinales de la population saine ou de la population malade, me semble constituer une cause plutôt banale que spécifique de l'affection ; elle produit une véritable sollicitation morbide qui ne me paraît pas plus déterminée, plus virulente, si je puis ainsi dire, que les écarts de régime, les refroidissements, susceptibles d'entraîner des troubles intestinaux, en un moment où la première indication est le maintien de l'état normal des fonctions digestives.

Ce rôle, quoique relativement secondaire, est assez important encore pour que nous insistions sur la nécessité des mesures destinées à préserver de toute souillure les eaux de consommation ; c'est en remédiant à toutes les causes d'infection bromatologique que tant de localités, en Angleterre spécialement, paraissent être devenues réfractaires aussi bien au choléra qu'à la dysenterie, à la fièvre typhoïde, et qu'on a vu, en certains districts, diminuer, dans des proportions inouïes, le chiffre de mortalité annuelle par simple diarrhée.

Il serait donc bien dangereux de plaider l'innocuité de l'ingestion des déjections cholériques ; quant à leur action morbifique par suite de leur diffusion dans l'atmosphère, nous la considérons comme très-redoutable, comme exigeant l'anéantissement, auprès de chaque malade, des matières excrémentitielles, et nous réprouvons hautement l'imprudence des auteurs qui, pour instituer une doctrine nouvelle de propagation épidémique (2), veulent faire table rase de tant de faits qui démontrent les dangers de ces produits morbides.

Influences atmosphériques. — La diffusion de l'épidémie actuelle dans les divers quartiers de la capitale et les oscillations de ces derniers jours nous paraissent précisément donner un grand intérêt à l'étude d'influences fréquemment invoquées, et récemment étudiées de nouveau par les observateurs qui ont pris à tâche de déterminer l'étiologie originelle du choléra dans son berceau d'endémicité, spécialement par deux médecins anglais de l'armée des Indes, Bryden et Cun-

(1) *Annales d'hygiène*, 1872, t. XXXVIII, 2e série.

(2) Pettenkoffer, *De le propagation du choléra dans l'Inde.*

ningham ; pour ces deux médecins principalement, c'est bien moins dans les conditions telluriques de ce foyer que dans les grands phénomènes météorologiques qui s'accomplissent à sa surface qu'il faudrait rechercher cette cause.

Pour ne nous occuper que du choléra dans ses manifestations épidémiques en dehors de l'Inde, nous rappellerons qu'on a noté, à diverses époques, la coïncidence des oscillations du fléau avec certains troubles atmosphériques plus ou moins violents, spécialement avec les orages ; mais, loin d'arriver à des conclusions identiques sur l'influence de ces météores, les uns les ont considérés comme dangereux ; d'autres, au contraire, comme favorables. En 1865, à Amiens, un orage signale le début d'une grave explosion épidémique ; la même année, à Ancone, on attribue à un orage la cessation du mal. On peut comprendre jusqu'à un certain point que les courants, suscités brusquement dans l'atmosphère, puissent déplacer la cause morbide recélée par le milieu ambiant, purifier par conséquent telle localité frappée par l'épidémie et, au contraire, entraîner sur un autre théâtre l'agent morbifique. Dans mon *Traité des fièvres intermittentes*, j'ai fait ressortir (p. 72) cette différence d'action des vents qui, parfois, sont, pour des villes éloignées de tout foyer palustre, le véhicule de la *malaria*; parfois, au contraire, purifient l'atmosphère des localités avoisinant les marais, en dispersant les couches aériennes imprégnées de miasmes ; on sait combien sont dangereux, pour ces localités, les calmes qui maintiennent la stagnation de ces couches atmosphériques. Mais bien des faits témoignent contre la facilité du transport des miasmes cholériques par les mouvements de l'atmosphère ; malgré l'importance accordée à ces météores par Bryden, qui les considère comme le principal véhicule de la cause morbide, l'immunité fréquemment constatée de centres de population placés sous le vent d'un foyer cholérique, comme un vaisseau infecté, nous empêche d'accepter, jusqu'à nouvel ordre, cette doctrine ; et, somme toute, nous pensons avec notre collègue, M. Desnos (1), que l'on ne peut encore arriver à aucune conclusion précise sur l'action de ces troubles atmosphériques.

Depuis plus de dix jours l'atmosphère de Paris est le siége, non pas de perturbations brusques et passagères, comme celles que produit un orage, mais de vents continuels et surtout de pluies persistantes ; y a-t-il lieu de demander compte à cet état météorologique de la modération relative de l'épidémie actuelle? Parmi les auteurs qui ont étudié avec le plus d'autorité l'influence des qualités sensibles de l'atmosphère sur la production des épidémies cholériques, et qui ont rapporté à cette

(1) Article Choléra, in *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

influence la possibilité de la naissance spontanée de ce fléau, M. Cazalas insiste spécialement sur les dangers du calme et de la sécheresse atmosphériques : « Le fond de l'altération atmosphérique qui prépare peu à peu la constitution cholérique semble résulter d'un calme extraordinaire des vents et de la déviation plus ou moins prononcée de leur direction habituelle, d'une sérénité exceptionnelle du ciel et d'une sécheresse plus considérable que de coutume (1). »

Pour les partisans de la transmissibilité par l'atmosphère contaminée de germes cholériques, ne peuvent-ils se demander, comme M. Brouardel l'a fait pour la variole, si l'abondance des pluies de ces derniers jours n'a pas entraîné la précipitation de ces germes et limité peut-être l'expansion épidémique ?

Ceux, enfin, qui admettent la théorie allemande des nappes souterraines, à mouvements oscillatoires, verront sans doute dans ces pluies une cause d'élévation de ces nappes et l'annihilation, par submersion, des produits de décomposition auxquels ils attribuent la génération du poison cholérique.

Ces considérations étiologiques soulèvent, on le voit, encore bien des questions dont l'étude sera facilitée certainement par le rapprochement des faits observés ailleurs avec ceux qui se déroulent sous nos yeux. Comme nous ne sommes peut-être encore qu'au début de cette épidémie, et que, jusqu'aujourd'hui, tant de quartiers de Paris semblent préservés, il est temps encore de soulever aussi la question de prophylaxie.

Prophylaxie. — Sans vouloir entrer dans l'étude du régime sanitaire à opposer au choléra, nous devons reconnaître que l'épidémie actuelle est de celles dont la prophylaxie prohibitive était le plus difficile ; s'étendant aux principales villes de l'Europe avec lesquelles la France est unie par de vastes surfaces continentales, le mal nous englobait par une vaste ligne bien plus difficilement attaquable que les épidémies transmises suivant un parcours unique, déterminé comme celui d'un navire ou d'une caravane. Cette épidémie, en pénétrant par le Havre, fait cependant ressortir une fois de plus la réceptivité exceptionnelle des ports de mer ; et l'immunité, jusqu'à ce jour, de nos frontières de terre du Nord et de l'Est, malgré leur voisinage de plus en plus intime des foyers de l'Allemagne, n'a rien d'étrange et correspond à un nombre imposant de faits analogues observés dans les épidémies antérieures.

Quant aux mesures prohibitives locales, nous reconnaissons toute la valeur des pratiques suivies à Munich, à Bâle, à Milan même, où l'on

(1) Cazalas, *Examen théorique et pratique de la question relative à la contagion ou à la non-contagion du choléra.*

a évacué immédiatement les maisons et les quartiers atteints et, d'avance, limité le chiffre probable des victimes. Cette méthode, l'évacuation du foyer cholérique, est aujourd'hui pratiquée chaque jour dans la médecine des armées ; des camps sanitaires sont institués aux Indes par les médecins anglais pour recevoir immédiatement les garnisons des villes atteintes, absolument comme ils ont été institués dans notre armée soit à Gallipoli par Michel Lévy, soit dans différentes épidémies de nos garnisons d'Afrique. Dans notre travail sur les quarantaines, nous avons longuement insisté, en les étudiant sous le titre de *Mesures d'ordre social* (1), sur ces méthodes essentiellement rationnelles, applicables à toutes les maladies pestilentielles, et heureusement substituées aux pratiques barbares des anciens règlements sanitaires qui séquestraient les malades dans leurs maisons. Faisons remarquer cependant que ces mesures, facilement applicables à des masses rapidement mobilisables comme l'armée, dans des pays à température assez douce pour permettre l'installation sous la tente ou en plein air, dans des régions enfin où la population est assez clair-semée pour ne pas s'opposer à ces déplacements, deviennent singulièrement difficiles dans les pays froids, dans les grandes villes, dans celles surtout où la population d'une même maison atteint un chiffre élevé et où l'atteinte d'un seul individu entraînerait l'évacuation obligatoire d'une centaine d'autres habitants.

Sur la question d'installation nosocomiale, je n'oserais, d'après les documents réunis dans cette Société lors de la dernière épidémie, me prononcer formellement pour ou contre les avantages de l'isolement des cholériques, tel qu'il a été pratiqué dans les hôpitaux civils de Paris ; mais une expérience qui n'a pas encore été faite à Paris, c'est celle de l'installation de ces malades atteints dans des établissements qui leur soient exclusivement consacrés, dans des hôpitaux spéciaux.

1° Je ne pense pas que ces établissements soient dangereux pour les malades eux-mêmes ; j'ai vu, comme bien d'autres l'ont vu, des services renfermant simultanément plus de cent cholériques sans qu'il se soit jamais rien produit indiquant une aggravation de leur état comme résultant de cette réunion ; il y aurait eu bien plus d'inconvénients à réunir ainsi soit des typhiques, soit des dysentériques, soit même des blessés. Je doute cependant que des agglomérations très-considérables de cholériques puissent offrir, au point de vue des malades eux-mêmes, cette innocuité réciproque dont j'ai donné les preuves pour les agglomérations de varioleux, d'après les faits observés à Bicêtre, pendant le siége de Paris ;

(1) Léon Colin, Des quarantaines, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. I, p. 114.

2° Quant à l'avantage de ces installations pour l'ensemble de la population hospitalière, cet avantage me semble si évident et si naturel, que je ne crois point qu'il y ait à en démontrer la valeur ; je me bornerai à rappeler, comme fait récent, l'immunité presque absolue, en 1866, de la ville de Copenhague, immunité attribuée par le directeur de la santé de cette ville, le docteur Schleisner (1), à l'installation immédiate, dans un hôpital situé hors des faubourgs, de quelques individus qui avaient été atteints soit dans la rade, soit dans la ville elle-même. »

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Aribert-Dufresne, professeur d'histoire naturelle et matière médicale, est nommé professeur de thérapeutique et histoire naturelle médicale (chaire transformée) ; — M. Breton, professeur de pharmacie et toxicologie, est nommé professeur de matière médicale (chaire transformée) ; — M. Raoult, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Grenoble, est chargé du cours de chimie et de toxicologie (chaire nouvelle).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort : à Paris, de M. le docteur F.-Jos.-Vulfranc Gerdy, professeur agrégé de la Faculté de médecine, ancien médecin inspecteur des eaux d'Uriage, décédé le 16 septembre, à la suite d'une longue maladie ; — à Caen, de M. le docteur Vastel et de M. le docteur Faucon, le premier président et le second secrétaire de la Société locale des médecins du Calvados ; — à Vassy, de M. le docteur Alipe, président de la Société locale de l'arrondissement.

Nous apprenons aussi la mort du célèbre auteur du laryngoscope, Czermak, qui a succombé à Leipzig le 15 septembre.

Le choléra a Paris. — Le bulletin sanitaire de la ville de Paris a enregistré : pour la semaine finissant le 26 septembre, choléra, 88 cas ; choléra infantile, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 33 ; — pour la semaine finissant le 3 octobre, choléra, 50 cas ; choléra infantile, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 26. — La comparaison de ces relevés avec ceux donnés dans notre dernière livraison montre, du moins quant à présent, une décroissance sensible de l'épidémie.

Exposition universelle de Vienne. — Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernière livraison, nous donnons ci-dessous la liste des ré-

---

(1) Schleisner, *le Choléra à Copenhague en 1866 ; mesures adoptées contre sa propagation*. Voir *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e série, t. I, p. 150.

compenses décernées aux exposants français, qui peuvent intéresser nos lecteurs, médecins ou pharmaciens.

Diplômes d'honneur : Pasteur (travaux sur les vins et sur les vers à soie). — Collin (instruments de chirurgie). — Nachet (microscopes). — Bonnefond, administrateur-directeur de la Compagnie française du matériel des chemins de fer (voitures d'ambulances). — Société de secours aux blessés et malades de terre et de mer.

Médailles de progrès : Armet de l'Isle (sulfate de quinine). — Benas (sondes). — Boissonneau (yeux artificiels). — Bourgogne (préparations microscopiques). — J. Casthelaz (produits chimiques). — Collin (instruments et appareils de secours aux blessés). — Cournerie et fils (iode et iodure de potassium). — Gaiffe (appareils médicaux électriques). — Kellner (voitures d'ambulances). — Mathieu (instruments de chirurgie et appareils de secours aux blessés : deux médailles). — Nativelle (digitaline). — Rottensteims (produits spéciaux pour l'hygiène de la bouche). — Tairich (écorchés : modèles de médecine opératoire). — Tissier aîné et fils (iode et iodures). — Trouvé (appareils électro-médicaux).

Médailles de mérite : Adrian et Cᵉ (produits pharmaceutiques). — Billaud-Billaudot et Cᵉ (produits chimiques). — Charrière (appareils de sauvetage pour les incendiés et les asphyxiés). — Devillemur (dents artificielles). — Dubosc et Cᵉ (produits chimiques). — Guéride (instruments de chirurgie). — Hottot (produits pharmaceutiques). — Le Perdriel (tissus pharmaceutiques). — Mulatier-Silvant, de Lyon (gouttières). — Mulaton, de Lyon (acide tartrique). — Poulenc et Wittmann (produits chimiques). — Rigaut et Leconte (produits pharmaceutiques). — Roques et Cᵉ (iode et camphre). — Rousseau et fils (produits chimiques). — Vergne et Chose (instruments de chirurgie en gomme élastique). — Werber (orthopédie).

Diplômes de mérite : Delpech (produits pharmaceutiques tirés de l'eucalyptus et du cubèbe). — Desjardins (yeux artificiels). — Desnois et Cᵉ (emplâtres). — Faure et Darasse (droguerie). — Groussin (berceaux d'enfants). — Fayart, de Lyon (produits spéciaux). — Ferrand (appareils de sauvetage pour les noyés). — Fumouze (produits pharmaceutiques). — Levadour (sangsues artificielles et dentiers). — Levasseur (produits pharmaceutiques). — Limousin (appareils d'inhalation, etc.). — Thévenot (perles médicinales). — Viel (perles médicinales).

Médailles de coopération (pour contre-maîtres) : Collin (instruments de chirurgie). — Mathieu (idem).

Le Congrès des Sociétés protectrices de l'enfance, que nous avons annoncé dans notre dernière livraison, est ajourné.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Note sur l'action physiologique et toxique comparée de l'opium et de ses alcaloïdes ;

Par M. le docteur J.-V. Laborde.

I. Le jour où Cl. Bernard déterminait expérimentalement l'action physiologique et toxique individuelle des principaux alcaloïdes de l'opium, il fondait une thérapeutique nouvelle, la thérapeutique vraie, qui sait ce qu'elle fait, et qui le fait simplement. Sans doute, il faut en convenir, on ne s'est pas engagé assez résolûment dans cette voie, véritable voie du progrès, ouverte par l'éminent physiologiste; mais un tel enseignement, venu de telle source, ne pouvait demeurer stérile, et l'histoire thérapeutique de ces dernières années prouve surabondamment qu'il n'a pas été perdu. S'il y a encore, et cela est incontestable, des médecins attardés qui, par routine ou par ignorance — c'est souvent une même chose — continuent à prescrire l'opium brut ou ses préparations, la plupart, il faut le reconnaître et s'en louer, s'adressent, en connaissance de cause, à l'un ou à l'autre de ses principes immédiats.

Les raisons de cette préférence sont, en vérité, trop péremptoires pour qu'il puisse sembler opportun et surtout nécessaire de les examiner à nouveau, et cependant, nous osons l'affirmer, si elles étaient entièrement connues et suffisamment appréciées, une plus ferme et plus décisive conviction présiderait aux déterminations du thérapeutiste ; c'est ce que nous voudrions essayer de montrer dans cette simple note.

L'opium est un composé, un amalgame d'un grand nombre de principes, qui ne nous sont pas même tous connus; mais nous en connaissons assez pour qu'il nous soit permis d'affirmer dès à présent, et en nous plaçant au seul point de vue physiologique, que ces principes diffèrent profondément l'un de l'autre par leur manière d'agir sur l'organisme animal; cette différence d'action est telle que, à ne juger que par elle de ces principes immédiats, il serait impossible de les rapporter à leur véritable origine et d'affirmer qu'ils proviennent de la même substance, l'opium, et qu'ils concourent à la constituer. Rappelons brièvement les principales notions fournies à cet égard par la physiologie expérimentale.

Des six alcaloïdes suivants de l'opium : morphine, codéine, narcéine, thébaïne, papavérine, narcotine, trois seulement possèdent la propriété soporifique ; ce sont la morphine, la codéine et la narcéine ; les trois autres sont absolument dépourvus de cette propriété. Ainsi sur ce seul point, lequel n'est pas sans importance, car il a trait à l'action principale et l'une des plus recherchées de l'opium, la divergence est absolue entre ses alcaloïdes. Mais ce n'est pas tout : non-seulement trois des alcaloïdes sont dépourvus de toute propriété soporifique, mais ils sont, en outre, doués d'une action toxique prépondérante, laquelle s'exprime par des effets convulsivants. Une première déduction à tirer de ces notions physiologiques, et sur laquelle il importe d'insister, est la suivante :

L'action qu'exerce l'opium ne pouvant être et n'étant en définitive qu'une *résultante* de l'action multiple et combinée des principes immédiats qui le constituent, cette action peut et doit souvent se traduire par la prédominance des effets toxiques, sans que le but thérapeutique soit même atteint ; il en résulte qu'au lieu de provoquer le sommeil ou l'hypnotisme, on voit se produire un état complexe qui, sous le nom de *narcotisme*, constitue un réel état d'intoxication à des degrés divers et non prévus d'intensité et de gravité. Cet état est généralement connu et peu redouté des médecins, à tort peut-être ; mais ce que l'on ignore davantage et qui est cependant une chose non moins réelle et plus fréquente qu'on ne pourrait l'imaginer, c'est la manifestation, comme *résultante* dont nous parlions plus haut, de l'action *convulsivante* dans toute son intensité et dans sa léthalité. Les expériences suivantes, dont nous donnons un résumé sommaire, ne sauraient permettre à ce sujet le moindre doute.

A une chienne, race braque anglaise, de taille moyenne, affectée d'ictère avec diarrhée et vomissements bilieux, nous administrions tous les jours un quart de lavement amidoné auquel nous ajoutions de la teinture d'opium ; nous avions commencé par la dose de 25 centigrammes (5 gouttes), mais cette dose ne parut pas produire d'effet appréciable. Nous l'élevâmes progressivement à 40 et à 50 centigrammes, et nous obtînmes alors une sédation marquée dans les symptômes et un effet hypnotique plus ou moins prolongé, mais toujours traversé par de l'agitation et des rêves. Nous observions en même temps, durant le sommeil narcotique, de rapides mouvements convulsifs, pareils à de petites commotions

électriques, se produisant dans les membres. Le réveil était difficile et suivi d'un long état de stupeur et comme d'hébétude. Puis les accidents se reproduisaient bientôt, et nous renouvelions le lavement, à l'administration duquel la pauvre bête se prêtait d'ailleurs à merveille. Nous dûmes encore élever la dose de 5 centigrammes chaque fois; mais aussitôt que nous eûmes atteint 60 centigrammes, un violent accès convulsif tétaniforme, avec trismus, se déclara, lequel s'étant répété deux ou trois fois, après de courts intervalles de rémission, amena la mort par asphyxie. La langue était pendante, tuméfiée et bleue, comme à la suite de la strangulation, et, avant la mort confirmée, le sang coulait noir dans les artères comme dans les veines.

Nous avons depuis répété maintes fois l'expérience, soit avec la teinture, soit avec les extraits d'opium, soit avec les divers laudanums, et nous avons constamment observé des accidents de nature convulsive, toutes les fois que la dose atteignait un chiffre qui ne dépassait pas sensiblement les chiffres moyens en usage dans la thérapeutique humaine. Ces accidents sont fréquemment mortels; cela dépend des conditions de force et surtout des conditions d'âge de l'animal. Le jeune âge semble prédisposer singulièrement et à la forme convulsive et à la gravité mortelle de l'intoxication. Il y a, à cet égard, une parfaite concordance entre les résultats de l'observation expérimentale et de l'observation clinique. Nous pourrions facilement montrer, en effet, par une simple enquête des faits consignés dans les recueils périodiques — et il est permis de supposer qu'ils n'y sont pas tous — nous pourrions montrer que souvent, trop souvent, les enfants ont été victimes des effets plus ou moins toxiques de l'opium brut ou de l'une de ses préparations. La chose est maintenant aussi facile à concevoir qu'à éviter. Lorsqu'on administre l'opium, on administre forcément, fatalement, un certain nombre (trois au moins) de principes doués de propriétés essentiellement toxiques et dépourvus de la propriété que l'on recherche précisément dans l'opium, dans un but thérapeutique. C'est donc s'exposer sciemment à voir l'effet thérapeutique remplacé ou compromis par l'influence toxique plus ou moins prépondérante. Aussi ne saurait-il y avoir hésitation à préférer à l'opium ses alcaloïdes.

Mais le choix de l'alcaloïde n'est pas non plus indifférent, et c'est ce second point que nous nous proposons d'aborder en quelques mots. (*La fin au prochain numéro.*)

Des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections chroniques des voies respiratoires (1);

Par M. le docteur LIBERMANN, médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Les préparations d'ammoniaque jouissaient depuis un temps immémorial d'une grande réputation dans le traitement des affections chroniques des voies respiratoires, quand le professeur Fuchs, de Göttingen, essaya, vers l'année 1837, de substituer à la médication interne en usage jusqu'alors l'application directe du chlorhydrate d'ammoniaque sur les muqueuses enflammées; il rendit compte, dans ses publications cliniques de 1838-1839, des succès qu'il avait obtenus dans le traitement de la bronchite chronique en faisant respirer aux malades des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque développées par la projection du sel ammoniacal sur une assiette de porcelaine chauffée. Ces essais furent repris en France avec succès par M. le professeur Lasègue, puis en Allemagne, en 1855, par le docteur Gineler. Abandonnées de nouveau, les préparations d'ammoniaque devinrent en 1864 l'objet d'études très-importantes du docteur Lœwin (2). Frappé des inconvénients qu'offraient les procédés d'inhalation pratiqués jusqu'alors, Lœwin inventa l'ingénieux appareil dont nous allons, d'après lui, donner la description, et dont je me suis servi depuis l'année 1868 dans le traitement de certaines affections des voies respiratoires et de l'arrière-gorge. C'est le résultat de cinq années d'expériences dont je viens entretenir aujourd'hui la Société médicale des hôpitaux; je le ferai brièvement, en indiquant les résultats obtenus, sans détailler les observations, que je tiens à la disposition de la Société.

L'inhalateur Lœwin est destiné à produire par un moyen chimique le chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant. Les vapeurs de chlorhydrate arrivent dans la bouche des malades par une simple aspiration, exercée sur un tube de caoutchouc communiquant avec l'appareil; on peut ainsi respirer à volonté les vapeurs ammoniacales, en régler les quantités, s'arrêter quand elles excitent la toux

(1) Nous devons des remercîments à M. le docteur Libermann pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous mettre à même de reproduire cette note, lue à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 11 juillet 1873.

(2) Les indications bibliographiques et la description de l'appareil sont tirées du livre de Lœwin : *Inhalation's Therapie*, p. 198 à 207.

ou le vomissement. Dans les anciens procédés d'inhalation, on ne pouvait le faire ; car on développait tout d'un coup, par la projection du sel ammoniacal sur des plaques de fer ou une assiette de porcelaine chauffée, des quantités si considérables de vapeur, que le malade, pris presque immédiatement de toux et de vomissement, suspendait généralement au bout de peu de temps la médication par suite du dégoût qu'il en éprouvait.

L'inhalateur Lœwin, dont nous avons modifié légèrement les dispositions, se compose de trois flacons de verre d'inégale grandeur ; le plus grand reçoit 120 grammes d'eau distillée; les deux plus petits sont chargés, l'un de 60 grammes d'acide chlorhydrique, l'autre d'une égale quantité d'ammoniaque caustique. Les petits flacons communiquent avec le grand au moyen de deux tubes coudés, mi-partie verre, mi-partie caoutchouc. Les deux petits flacons sont munis chacun de deux tubes aspirateurs en verre, qui plongent dans le liquide et le font communiquer avec l'air extérieur ; le grand flacon est muni d'un troisième tube, verre et caoutchouc, terminé par un embout d'ivoire. L'appareil repose dans une boîte à compartiments, dont le couvercle est muni d'une feuille de caoutchouc qui comprime les tubes aspirateurs, et empêche la pénétration de l'air quand l'appareil ne fonctionne pas.

Voici maintenant son mécanisme : quand on pratique une aspiration sur l'embout qui termine le tube en caoutchouc adapté au grand flacon, on fait le vide dans les petits flacons, l'air extérieur y pénètre par les tubes aspirateurs et se charge de vapeurs d'acide chlorhydrique et d'ammoniaque, qui viennent se combiner dans le flacon laveur sous forme de chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant. Les vapeurs de chlorhydrate sont immédiatement lavées en passant dans l'eau distillée, et, débarrassées des matières étrangères qu'elles pourraient contenir, elles arrivent dans la bouche du malade par une série d'aspirations qu'il peut régler à sa guise.

L'appareil que nous venons de décrire, très-simple comme on le voit, peut servir à tous les malades en état de faire les aspirations nécessaires ; mais il fallait encore le rendre accessible aux personnes faibles et aux enfants incapables de se livrer eux-mêmes à cette manœuvre. Lœwin remplit cette indication en faisant partir de chacun des petits flacons un tube en verre qui vient se réunir à un troisième tube en caoutchouc terminé par une boule de même substance ; en pressant sur la boule, on chasse les vapeurs d'acide

chlorhydrique et d'ammoniaque, qui viennent se combiner dans le grand flacon et s'échapper dans l'embout habituel, préalablement placé dans la bouche du malade, qui reçoit ainsi les vapeurs sans être obligé de se livrer lui-même à une aspiration qui pourrait devenir fatigante.

L'appareil peut être chargé presque indéfiniment et fonctionner convenablement, pourvu qu'on ait soin de remplacer de temps en temps l'eau distillée et de nettoyer les tubes de verre, qui s'engorgent par les dépôts salins de chlorhydrate d'ammoniaque. Pour empêcher l'excès d'ammoniaque, qui rendrait les vapeurs de chlorhydrate facilement caustiques, on sature l'eau distillée du flacon laveur avec de l'acide chlorhydrique, et comme cette précaution ne suffit pas toujours, j'ai fait rétrécir le tube de verre qui s'étend du flacon laveur au flacon d'ammoniaque, et je recommande aux malades de boucher avec le doigt le tube aspirateur de ce dernier flacon; on rétablit ainsi l'équilibre entre les vapeurs d'acide chlorhydrique et d'ammoniaque, qui sont toujours plus abondantes. L'odeur du chlorhydrate d'ammoniaque est souvent désagréable aux personnes délicates; on la masque facilement au moyen de quelques gouttes d'une huile aromatique, ajoutée à l'eau distillée du flacon laveur. L'huile d'anis, de menthe, de fenouil, la teinture de benjoin, peuvent être employées dans ce but; on peut même y ajouter des substances médicamenteuses, sur la volatilisation desquelles j'ai entrepris une série d'expériences.

Parmi les corps inorganiques, j'ai expérimenté le brome, l'iode et l'acide sulfhydrique; quelques mots sur ces essais.

Je prends 50 centigrammes d'iode pur et 1 gramme d'iodure de potassium, je verse le tout dans l'eau distillée contenue dans le flacon laveur; l'iode se dissout rapidement, grâce à la présence de l'iodure alcalin. En aspirant, on constate immédiatement le passage de l'iode mêlé aux vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque, mais en quantité très-minime, car l'iode n'est volatil qu'à chaud.

Pour le brome, on opère de la même manière, seulement sans addition de bromure alcalin. Le brome, volatil à la température ordinaire, fournit des vapeurs abondantes; il faut donc l'employer avec beaucoup de ménagement.

Quant à l'acide sulfhydrique, rien de plus simple; on met 1 gramme de polysulfure de potassium (foie de soufre) dans le flacon laveur contenant de l'eau distillée; le sulfure de potassium

se dissout, on aspire, et aussitôt l'acide sulfhydrique se dégage. Il est certain qu'il se produit dans ces cas de faibles quantités d'iodure, de bromure ou de sulfure d'ammonium, mais ces quantités sont insignifiantes et ne sauraient avoir d'action nuisible.

Les substances organiques que j'ai soumises aux mêmes expériences sont nombreuses. Je me bornerai à signaler les plus intéressantes, telles que le goudron, l'acide carbolique, le benjoin, le baume de Tolu, l'essence de térébenthine et les essences oxygénées. Pour le goudron, on met de l'eau de goudron concentrée dans le flacon laveur ; en aspirant, tous les principes volatils du goudron se dégagent. Quant à l'acide phénique, on en prend 1 gramme additionné de 2 à 3 grammes d'alcool, afin d'en faciliter la dissolution dans l'eau, et on aspire comme pour l'eau de goudron. Le benjoin, les baumes de Tolu et du Pérou sont employés en teintures alcooliques ; on verse 5 grammes de teinture dans le flacon laveur ; les huiles volatiles contenues dans ces corps sont facilement cédées à l'eau et passent en grande quantité quand on opère. L'essence de térébenthine s'emploie telle quelle. Il me reste quelques mots à dire sur les essences oxygénées. Ces essences, introduites dans la thérapeutique depuis peu de temps et obtenues en oxydant, par des procédés particuliers, les essences naturelles de camomille, de cèdre, d'eucalyptus globulus, sont très-volatiles ; par conséquent, on peut les administrer aisément à l'aide de l'appareil inhalateur. Il faut se garder de les dissoudre préalablement dans l'alcool, car ce corps les altérerait en s'emparant d'une partie de leur oxygène.

Dans le mémoire que j'ai l'honneur de vous présenter, il ne sera question que des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque ; les inhalations mixtes dont je viens de vous entretenir n'ont été expérimentées qu'à un point de vue purement chimique ; je me réserve de parler de leurs effets thérapeutiques quand je les aurai suffisamment employées pour me faire une idée nette de leur valeur.

Le malade qui aspire les vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque doit s'étudier à le faire d'une façon convenable ; il sera averti du passage du gaz dans le larynx par un picotement assez vif, produit par l'irritation de la muqueuse. Dans certaines formes d'angines granuleuses, s'étendant à la muqueuse nasale, je recommande aux malades de faire passer la fumée par le nez, exercice familier aux fumeurs de cigarettes, et auquel on s'habitue aisément. Le premier effet de l'application locale de chlorhydrate d'ammoniaque est

une irritation vive de la muqueuse, qui amène la chute, puis le renouvellement de l'épithélium, ainsi qu'une augmentation de la sécrétion normale ou pathologique; cette irritation se traduit par une exacerbation de tous les symptômes pendant les premiers jours; puis peu à peu les sécrétions deviennent moins abondantes, les douleurs se calment, et par suite de la révulsion directe exercée sur elle, la muqueuse tend à revenir à l'état normal, souvent dans un temps fort court. Le chlorhydrate d'ammoniaque n'agit pas seulement d'une façon locale : il est encore absorbé, au moins en partie, et peut être retrouvé dans les urines.

Son action générale se traduit par une accélération du pouls, un sentiment de chaleur et d'excitation qui n'est pas désagréable au malade, une moiteur de la peau qui va parfois jusqu'à une sueur abondante, enfin une augmentation de la sécrétion rénale. Le chlorhydrate d'ammoniaque a encore une action sédative remarquable sur les nerfs pneumogastriques ; il calme la toux et les chatouillements, si désagréables dans certaine forme d'angine granuleuse.

J'arrive maintenant à la partie pratique de ce travail. J'ai expérimenté les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans l'angine granuleuse, la bronchite chronique, l'asthme, l'angine de poitrine et la coqueluche.

Dans l'angine granuleuse, cette affection si tenace qui fait le désespoir des chanteurs, des avocats, de tous ceux qui font un usage exagéré de la voix, les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque m'ont donné d'excellents résultats. Je les ai expérimentées depuis cinq ans dans 102 cas (67 hommes et 35 femmes), et voici les résultats obtenus : guérison complète dans 18 cas; amélioration très-notable dans 64 cas; résultat nul dans 20 cas. Quelques réflexions sur ces résultats. L'expérience m'a fait admettre deux formes d'angine granuleuse : une, essentiellement inflammatoire, constituant une lésion purement locale, et qui guérit très-bien, dans sa période chronique, sous l'influence des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque; l'autre, beaucoup plus fréquente, tenant à une affection générale, l'herpétisme, dont le rôle a été si bien démontré par nos maîtres, Chomel, Guéneau de Mussy, Lasègue, et qui ne guérit jamais complétement, parce qu'elle tient à la constitution même du malade. Elle disparaît quelquefois momentanément; parfois elle sommeille pendant des années entières, pour se réveiller ensuite plus forte que jamais sous l'influence d'un

effort, d'une fatigue de la voix, d'une irritation locale de l'arrière-gorge. Les chiffres que j'ai donnés plus haut représentent assez exactement, je le crois, la proportion de l'angine granuleuse purement inflammatoire et de l'angine herpétique, qui est certainement cinq fois plus fréquente que l'autre.

Dans les 18 cas d'angine granuleuse inflammatoire guérie par l'usage des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque, la moyenne du traitement a été de dix semaines à trois mois. Les malades fumaient quatre fois par jour le chlorhydrate d'ammoniaque, de cinq à dix minutes chaque fois, à une distance assez éloignée des repas pour ne pas provoquer les vomissements. Il leur était, en outre, recommandé de s'abstenir de fumée de tabac, de liqueurs alcooliques et de mets trop épicés.

Dans les 72 cas d'angine granuleuse herpétique, la médication par les inhalations a heureusement modifié les accidents locaux, en diminuant la sécheresse de la gorge, le sentiment de brûlure et de picotement constamment éprouvé par les malades. Dans 22 cas elle a modifié le timbre de la voix, complétement voilée, en agissant sur les cordes vocales par un mécanisme que j'ai parfaitement pu suivre au laryngoscope, et que je demande la permission d'expliquer en quelques mots. L'aphonie plus ou moins complète, ou plutôt l'enrouement qui accompagne toujours l'angine granuleuse, tient à deux causes : la congestion des cordes vocales et leur défaut de rapprochement. Immédiatement après une séance d'inhalation, les cordes vocales paraissent plus rouges; mais, au bout de deux heures environ, la congestion est devenue beaucoup moins forte qu'avant la séance, et, au bout de cinq à six jours elle a quelquefois complétement disparu. Le chlorhydrate d'ammoniaque excite, en outre, la contractilité des muscles thyro-aryténoïdiens, et les cordes vocales se rapprochent et permettent à la voix de reprendre son timbre et sa pureté habituels. Cet effet, qui se produit parfois presque immédiatement après l'inhalation du chlorhydrate d'ammoniaque, et qui persiste souvent plusieurs heures après, est une précieuse ressource pour les chanteurs et les prédicateurs atteints d'angine granuleuse, qui ont besoin de tous leurs moyens vocaux pendant un espace de temps limité; au bout de quelques heures l'action du chlorhydrate d'ammoniaque est épuisée, et les cordes cessent de se rapprocher.

Quoique dans cette forme d'angine granuleuse nous n'ayons pas

obtenu de guérison complète par les inhalations, nous les croyons encore préférables aux badigeonnages d'iode, aux cautérisations avec des solutions de nitrate d'argent, d'acide chromique, de perchlorure de fer, de sulfate de cuivre, qui ont été tour à tour vantés par les auteurs ; mais elles ne constituent qu'une médication locale qui doit être accompagnée du traitement antiherpétique : eaux sulfureuses, vin de quinquina ou de coca, chlorate de potasse, hydrothérapie.

Quand l'angine granuleuse a envahi les fosses nasales, les inhalations sont avantageusement employées et donnent des résultats plus rapides que les injections de liquides médicamenteux employées dans ces cas. Il suffit de faire passer les vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque par les fosses nasales, comme je l'ai indiqué.

Dans 8 cas de surdité produite par l'inflammation chronique des trompes entretenue par des granulations, 3 fois la guérison a été obtenue au bout de quatre à sept semaines en chassant la fumée dans les fosses nasales et en recommandant aux malades de se boucher les narines pendant quelques instants avant de la laisser sortir, tout en faisant des efforts violents d'expulsion ; dans ces cas, les séances ont été renouvelées six fois par jour et dix minutes chaque fois. Dans les 5 autres cas, les malades n'ont éprouvé qu'une légère amélioration.

Vingt fois les inhalations ont eu un effet complétement nul : 13 fois dans des cas de granulations herpétiques, 7 fois dans des cas d'angine granuleuse simple.

Dans la bronchite chronique, j'ai employé les inhalations 58 fois; dans 10 cas de bronchite liée à une tuberculisation plus ou moins avancée, je n'ai obtenu que des résultats incertains ; 2 fois même il est survenu chez les malades des hémoptysies qui m'ont paru dépendre de cette médication, et m'y ont fait renoncer d'une façon complète dans la bronchite tuberculeuse. Les 48 autres cas se décomposent ainsi : 22 bronchites chroniques simples, 26 bronchites chroniques accompagnées d'emphysème pulmonaire. Dans la bronchite chronique simple, l'effet de la médication a été très-prompt : 22 cas de bronchites chroniques, datant de plusieurs mois, ont guéri dans une moyenne de dix-sept à trente-huit jours. Dans les 26 cas de bronchite liée à l'emphysème pulmonaire, le succès a été moins rapide, mais la sécrétion bronchique et la toux ont été amendées d'une façon très-notable, et la guérison temporaire a été obtenue dans une moyenne de six semaines à deux mois. Je ne parle

naturellement que de la bronchite, l'emphysème n'ayant subi aucune modification. Dans la bronchite chronique, mes malades ont fumé six fois par jour; la séance a duré chaque fois de cinq à dix minutes.

Dans 6 cas d'asthme nerveux sans emphysème pulmonaire ni dilatation du cœur, les malades ont été très-soulagés par les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque, qui ont toujours diminué la durée et la violence des accès. Dans 2 cas, les accès d'asthme ont disparu complétement depuis trois ans par l'usage quotidien de l'appareil; dans 4 cas, ils ont été seulement éloignés.

Dans la coqueluche, j'ai eu l'occasion de les employer 12 fois: dans 7 cas, les accès de toux ont été très-amendés et la maladie guérie dans un espace de trois à cinq semaines; dans 5 cas, le chlorhydrate d'ammoniaque n'a eu aucune action.

Dans un cas d'angine de poitrine, le seul que j'aie observé, les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque ont toujours diminué la longueur et la durée de l'accès, mais n'en ont pas empêché le retour.

Tels sont les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus jusqu'ici; ils sont assez importants pour que j'aie cru devoir les livrer à la Société médicale, dont j'ai l'honneur de faire partie. Quoique inventé en 1864 par Lœwin, l'inhalateur au chlorhydrate d'ammoniaque est peu répandu en Allemagne; il était tout à fait inconnu en France quand, en 1867, Charrière et Mathieu en ont fait construire sur les indications de l'auteur.

Vous pouvez vous convaincre par vous-mêmes, messieurs, combien le mouvement de l'appareil est commode et facile. J'ose espérer que vous voudrez bien, à votre tour, l'expérimenter, à moins que quelques-uns de vous ne l'aient déjà fait, pour contrôler les résultats que j'ai obtenus, et qui peuvent se résumer ainsi :

Les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant sont très-utiles dans les différentes formes d'angine granuleuse, surtout dans l'angine granuleuse inflammatoire quand elle a passé à l'état chronique, et en ont en général raison après un temps relativement fort court. Dans l'angine herpétique elles agissent en diminuant l'intensité des phénomènes morbides locaux, mais elles n'ont pas d'action générale, par conséquent ne sont pas curatives dans la force du terme; seulement elles remplacent avantageusement les applications topiques habituellement employées dans ces cas.

Dans la bronchite chronique, elles agissent sur l'élément catar-

rhal, en diminuant les sécrétions bronchiques, qu'elles tarissent assez promptement ; mais leur action est trop excitante, les premiers jours surtout, pour qu'on puisse les employer sans danger dans la bronchite tuberculeuse.

Enfin elles exercent encore une action incontestable sur les manifestations nerveuses des voies respiratoires et trouvent leur emploi dans la toux convulsive et les différentes formes d'asthme idiopathique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Considérations sur le traitement de l'anévrysme diffus ;

Par M. le docteur Tillaux,
agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Nous nous proposons dans cet article de rendre compte d'un cas remarquable d'anévrysme artériel diffus que nous avons observé et traité dernièrement dans notre service à l'hôpital Lariboisière ; nous insisterons particulièrement sur les indications opératoires, tout en faisant remarquer ce qu'il y a eu d'insolite et d'obscur dans la marche de cette maladie.

Voici d'abord la relation sommaire du fait, nous essayerons ensuite de l'interpréter et de le discuter.

Stoll, âgé de quarante-trois ans, entre dans la salle Saint-Louis, nº 22, le 20 septembre 1873. Il est homme de peine à l'imprimerie nationale et a ressenti plusieurs fois déjà des douleurs qu'il attribue au rhumatisme.

Il y a un mois, ces douleurs étaient devenues assez intenses pour le forcer d'interrompre son travail. Il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Béhier, se plaignant de douleurs vagues à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, douleurs que l'on qualifia, dit le malade, de névralgie et que l'on traita par la faradisation de la peau. Il y avait aussi dans un point correspondant à la partie interne et à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse une petite tumeur que l'on appela, au dire du malade, un *ganglion tuméfié*. Il sortit de l'hôpital quelques jours après son entrée sans avoir éprouvé de soulagement. M. le docteur Groux fut alors appelé auprès de lui et fit appliquer sur le point douloureux un vésicatoire volant qu'on entretint pendant huit jours. Le 5 septembre, vers quatre heures du soir, le malade ressentit tout à coup, dans la

cuisse droite, une immense douleur. Il eut la notion d'une déchirure qui s'effectuait, et en un instant la cuisse prit un développement énorme. M. le docteur Groux, mandé en toute hâte, constata que la cuisse avait augmenté du tiers au moins en volume ; le gonflement s'étendait du genou jusqu'à l'arcade crurale ; mais il n'existait ni battements ni souffle, ou du moins ces symptômes devaient être si peu intenses qu'ils n'attirèrent pas l'attention de notre confrère. La tuméfaction diminua les jours suivants, elle se limita; le genou, l'aine se dégagèrent ; il en résulta une véritable tumeur assez bien limitée, dont on put facilement reconnaître la nature le 18 septembre. C'est dans ces conditions que M. Groux dirigea le malade dans notre service le 20 septembre.

La tumeur occupe la partie interne, antérieure et externe de la cuisse, depuis l'anneau de l'adducteur en bas jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale en haut. Elle mesure 51 centimètres de circonférence, tandis que le côté sain, au même niveau, ne mesure que 37 centimètres. La peau est légèrement rouge, mais cette rougeur paraît tenir au vésicatoire ; elle n'est que modérément distendue.

La tumeur est molle ou plutôt rénitente, non fluctuante; la pression est douloureuse. A la vue et au toucher, on perçoit des battements qui sont isochrones aux pulsations artérielles ; le mouvement d'expansion est manifeste. Pas de thrill au toucher ; bruit de souffle doux, léger et intermittent. La compression de la fémorale suspend les battements, la compression de la poplitée les augmente et augmente aussi la douleur. Les artères accessibles au toucher ne présentent ni perte d'élasticité ni augmentation de consistance. Le malade n'accuse dans ses antécédents ni syphilis ni alcoolisme, mais seulement des rhumatismes.

Le diagnostic porté est le suivant : *anévrysme diffus consécutif*, résultant de la rupture d'un anévrysme spontané de l'artère fémorale.

En attendant l'application d'un traitement curatif, on recouvre la tumeur d'un sac rempli de glace.

Le 21 septembre, même état. Le 22 septembre, battements moins prononcés : 54 centimètres et demi à la mensuration, c'est-à-dire 3 centimètres et demi d'augmentation de circonférence.

Le 23, les battements ont tellement diminué, qu'ils sont à peine perceptibles. L'état général du malade reste le même.

Le 24, 53 centimètres et demi de circonférence. Un léger frisson.

Le 25, nuit très-bonne; pas de douleurs, battements toujours peu appréciables, mais augmentation du volume (55 centimètres et demi).

Le 26, aggravation considérable, douleurs horribles, sentiment de tension : la tumeur semble au malade devoir éclater ; elle s'est, du reste, étendue en hauteur. Il faut absolument prendre un parti immédiat, le malade le réclame instamment.

Nous pratiquons l'opération qui nous paraît actuellement ré-

pondre aux indications, c'est-à-dire l'ouverture large de la poche après ligature faite au-dessus et au-dessous. Les ligatures portent sur l'artère fémorale, en haut à un travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale, et en bas au-dessous de l'anneau du troisième adducteur.

Cinq heures après l'opération : température du pied droit, 30°,3; temp. du pied gauche, 31 degrés; pouls, 95; temp. axillaire, 38°,4.

Le 27, le malade ne souffre pas; la peau de la jambe opérée offre une teinte plutôt violette que violacée. Elle est insensible à partir du genou; du reste, les contractures musculaires volontaires ont disparu depuis l'opération.

Le 28, la gangrène a envahi tout le membre inférieur. Le malade succombe à neuf heures et demie du matin, c'est-à-dire quarante-six heures après l'opération.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le cadavre est dans un état de putréfaction très-avancé, surtout le membre inférieur droit.

On dissèque la fémorale : elle est intacte; ce n'est donc pas elle qui a été le point de départ de l'anévrysme.

La fémorale profonde étant découverte, l'on constate que l'une de ses branches de bifurcation est rompue et flotte dans le foyer.

Au-dessus de la ligature supérieure existe un caillot conique adhérent par sa base aux parois artérielles. Au-dessous de cette même ligature est un petit caillot rouge du volume d'une lentille. La paroi interne de la portion de l'artère comprise entre les deux ligatures est rouge et offre par places de petits caillots adhérents d'un beau rouge carminé. Au-dessus et au-dessous de la ligature inférieure, il n'y a aucun caillot; mais la portion d'artère située à quelque distance au-dessous est rouge et remplie de caillots irréguliers.

On ne trouve plus trace de la petite tumeur primitive dont avait parlé le malade, et qu'il appelait un ganglion.

Le doigt introduit dans la cavité occupée par les caillots arrive sur le fémur dénudé et rugueux. Le périoste de cet os est rouge et sillonné de nombreuses traînées vasculaires. Il est peu adhérent et se détache aisément à la moindre traction qu'on exerce sur lui. Sur la face interne, à partir du petit trochanter, le long de la ligne âpre, et dans l'étendue de 10 centimètres environ, érosions multiples et peu profondes; la table superficielle de l'os est enlevée en certains points, tandis qu'elle est isolée et prête à se détacher en d'autres endroits. L'os est rugueux, les canalicules de Havers sont agrandis et confondus ensemble.

Réflexions. — Nous avions donc affaire, lors de l'entrée du malade dans notre service, à un anévrysme diffus consécutif, à ce que l'on a appelé un *anévrysme rompu dans les chairs*, ou plutôt tout

nous indiquait que nous dussions être en présence d'une maladie de ce genre, car les lésions trouvées à l'autopsie autorisent à présenter une autre manière de voir; mais nous raisonnâmes dans l'hypothèse la plus vraisemblable, celle d'un anévrysme diffus consécutif.

En présence de cet énorme foyer sanguin, nous ne pouvions songer à employer les diverses méthodes qui ont pour but de modifier la tumeur, telles que galvano-puncture, injections coagulantes, etc., etc., car la masse presque entière, à en juger par le peu d'intensité des battements, le faible mouvement d'expansion et l'absence de fluctuation, était formée par des caillots.

Nous mîmes en balance la compression indirecte et les diverses méthodes de ligature, car nous ne voulûmes pas songer d'emblée à la désarticulation de la cuisse, qui eût d'ailleurs été fort difficile à pratiquer à cause de la hauteur qu'atteignait la poche.

La compression indirecte, qu'eût-elle produit? Le ralentissement ou la suppression du passage du sang et la formation de caillots oblitérants. Or la tumeur n'était formée que par des caillots, c'est-à-dire que nous avions déjà le résultat qu'on cherche à obtenir à l'aide de la compression indirecte.

L'indication était de chercher l'affaissement de la masse, de favoriser la résorption des caillots, ainsi que leur transformation fibrineuse; nous devions nous opposer en même temps à la rupture de la poche, assez fortement distendue; en un mot, notre devoir était, ce nous semble, de continuer le travail réparateur que la nature avait commencé. Nous avons dit en effet que, depuis l'irruption subite du sang au milieu de la cuisse, ce foyer avait peu à peu diminué, s'était circonscrit et présentait de moins en moins les symptômes spéciaux de l'anévrysme. La guérison eût donc pu, à la rigueur, s'effectuer spontanément si la régression avait continué de se faire; c'est pour cela que nous commençâmes le traitement par l'application continue d'une vessie de glace sur la tumeur. Mais il nous paraissait bien probable que cela ne suffirait pas; or le meilleur moyen d'arriver au résultat que nous cherchions, à savoir : transformation fibrineuse et résorption consécutive du sang épanché, nous paraissait être la ligature par la méthode d'Anel, c'est-à-dire au-dessus du sac (1). Or le sac remontait jus-

(1) Bien qu'il n'y ait pas de sac, à proprement parler, dans l'anévrysme diffus consécutif, nous désignerons ainsi, pour la facilité de la description, les limites de la tumeur.

qu'à deux travers de doigt au-dessous du pli de l'aine; c'était donc la ligature de l'artère fémorale à la base du triangle inguinal ou la ligature de l'iliaque externe qu'il fallait pratiquer. Nous ne pouvions songer à la ligature par la méthode de Brasdor, c'est-à-dire la ligature au-dessous du sac; elle eût été, dans ce cas, des plus irrationnelles en favorisant l'arrivée de nouveaux caillots dans une poche déjà pleine et dont nous désirions l'affaissement. Nous avons signalé du reste à dessein, dans les symptômes, que la compression de la poplitée déterminait de suite la distension de la poche et causait une douleur violente. L'emploi de la méthode de Brasdor n'eût fait qu'accélérer l'inflammation et l'ouverture du sac.

Nous prîmes donc le parti de traiter à bref délai notre anévrysme par la méthode de la ligature au-dessus du sac, ou méthode d'Anel.

Une question importante nous préoccupa ensuite : devions-nous lier immédiatement au-dessus du sac, c'est-à-dire la fémorale (méthode d'Anel proprement dite), ou devions-nous lier à une certaine distance au-dessus, c'est-à-dire l'iliaque externe (méthode de J. Hunter)?

Sans entrer dans la discussion de la valeur respective des méthodes d'Anel et de Hunter d'une façon générale, nous dirons ce qui nous décida en faveur de la ligature de l'iliaque externe dans ce cas particulier.

Les deux grands accidents à redouter à la suite de la ligature de l'artère principale d'un membre sont la gangrène et l'hémorrhagie. Or la gangrène de la cuisse n'est pas plus à redouter après la ligature de l'iliaque externe qu'après la ligature de la fémorale au pli de l'aine, parce que les sources principales du rétablissement de la circulation viennent de l'artère hypogastrique. Au point de vue de la gangrène, le choix paraît donc assez indifférent; mais il n'en est pas de même de l'hémorrhagie. En effet, la condition fondamentale de l'hémostase, c'est la formation d'un caillot; ce caillot doit être assez long pour résister au choc de l'ondée sanguine à la chute de la ligature. Pour atteindre cette longueur suffisante, il ne faut au voisinage de la ligature aucune collatérale, puisque le caillot s'arrête à l'origine de cette collatérale. Ceci étant posé, il suffit de se rappeler la disposition anatomique des deux artères en question pour décider laquelle des deux ligatures prédispose le plus à l'hémorrhagie consécutive : iliaque externe, aucune collatérale dans son long

trajet depuis la symphyse sacro-iliaque jusqu'à l'arcade crurale, au niveau de laquelle seulement naissent l'épigastrique et la circonflexe iliaque; fémorale, véritable bouquet de branches collatérales naissant toutes dans un petit espace. Nous ne craignons pas même de dire qu'il n'est pas une seule ligature d'artère qui soit plus exposée à être suivie d'hémorrhagie consécutive que celle de la fémorale à la base du triangle inguinal. Dans le cas particulier, nous pouvions craindre en outre, si la lésion artérielle primitive était le résultat d'un athérome, de tomber sur un point malade en nous rapprochant trop du sac; enfin il existait si peu d'espace entre le sac et l'arcade crurale, qu'à la rigueur nous aurions pu l'ouvrir au cours de l'opération.

Nous nous étions donc décidé en faveur de la ligature de l'artère iliaque externe, parce que, la gangrène n'étant pas plus à redouter qu'à la suite de la ligature de la fémorale à son origine, nous avions moins de chance d'hémorrhagie secondaire, moins de chance de rencontrer une artère malade et d'ouvrir la poche durant l'opération.

Nous attendions le moment opportun pour pratiquer cette ligature. Nous l'eussions même tentée dès l'entrée du malade, si une amélioration assez notable ne fût survenue sous l'influence de la réfrigération par la glace et ne nous eût engagé à différer cette grave opération. Mais des modifications survinrent bientôt si brusquement dans la tumeur, que nous dûmes agir vite et surtout modifier complétement notre plan d'attaque.

Dans l'espace de vingt-quatre heures, la tumeur grossit, s'acumina, se ramollit; la peau, jusqu'alors à peu près normale, devint rouge, chaude, s'amincit sensiblement. En même temps la douleur, calmée d'abord par le froid, prit une intensité extrême. Il était évident que la poche était envahie par une inflammation violente et qu'elle n'allait pas tarder à se rompre.

Nous perdions ainsi toute espérance de voir survenir la solidification et la résorption graduelle des caillots, et notre ligature par la méthode d'Anel n'avait plus aucune raison d'être. En effet, l'inflammation n'en eût pas moins continué dans la poche; celle-ci se serait rompue et une hémorrhagie mortelle provenant et du bout inférieur et des collatérales situées entre la ligature et le sac en eût été la conséquence inévitable.

Deux ressources restaient à notre disposition : la désarticulation coxo-fémorale et l'ouverture du sac par la *méthode ancienne*.

Le malade était tellement affaibli, tellement chétif, qu'il n'aurait sans doute pu supporter la première de ces deux opérations. La désarticulation coxo-fémorale a d'ailleurs si peu de chances de réussir, surtout chez l'adulte, que nous la considérons comme la ressource ultime, d'autant plus que dans ce cas particulier elle offrait des difficultés presque insurmontables, vu la hauteur à laquelle arrivait le foyer sanguin.

C'est donc à l'ouverture du sac par la *méthode ancienne* que nous nous arrêtâmes.

Cette méthode ancienne, appelée encore *méthode d'Antyllus*, consiste à lier l'artère anévrysmatique immédiatement au-dessus et au-dessous de la poche et à vider ensuite celle-ci. Voici comment on procédait : l'anévrysme étant disséqué de toute part, comme s'il se fût agi d'une tumeur solide, un fil double était passé par-dessous ; l'un des chefs de ce fil porté au pôle supérieur, l'autre au pôle inférieur de la tumeur, de façon à lier le vaisseau à son entrée et à sa sortie. Antyllus conseillait d'ouvrir ensuite la poche, que d'autres chirurgiens du temps excisaient entre les deux ligatures.

On conçoit que cette méthode n'était applicable qu'aux anévrysmes artériels bien circonscrits et non pas aux anévrysmes diffus. Pour ces derniers l'opération était beaucoup moins régulière, moins chirurgicale. Saisissant à pleine main l'anévrysme, le chirurgien passait par-dessous un fil double en traversant la peau, liait les deux chefs de ce fil double l'un au-dessus, l'autre au-dessous, et ouvrait ensuite la poche en retranchant une partie de la peau comprise entre les deux ligatures. Ces deux méthodes n'étaient applicables bien entendu qu'aux anévrysmes d'un petit volume et à condition encore, dit Antyllus, qu'ils ne siégent ni à l'aisselle, ni à l'aine, ni au cou.

Nous avons fourni les quelques explications qui précèdent pour faire comprendre que ce n'est pas la *méthode ancienne* elle-même en tant que procédé opératoire que nous avons suivie, mais bien les principes de cette méthode, à savoir : ligature au-dessus et au-dessous de la poche, et ouverture de cette poche. Le danger immédiat dans ce genre d'opération étant l'hémorrhagie au moment de l'ouverture du sac, il est aisé de comprendre que les ligatures doivent être rapprochées autant que possible de ce sac, afin qu'il ne se trouve entre lui et la ligature aucune collatérale capable de ramener le sang dans sa cavité.

On peut procéder à cette opération de l'ouverture du sac de deux façons différentes : la première consiste à l'ouvrir d'emblée, le vider des caillots qu'il renferme, et rechercher par son intérieur les ouvertures d'entrée et de sortie de l'artère. On conçoit qu'on satisfasse ainsi de la manière la plus complète à l'indication de ne laisser aucune collatérale entre la ligature et le sac ; mais bien que la compression de l'artère principale du membre suspende le cours du sang durant l'opération, il s'en écoule cependant toujours une certaine quantité. Dans le cas qui nous occupe, par exemple, les branches anastomotiques postérieures auraient fourni une véritable hémorrhagie ; de plus cette opération présente parfois une difficulté presque insurmontable, et la description de la pièce pathologique montre dans quel embarras se fût trouvé le chirurgien en agissant de la sorte.

Dans le second cas, on pratique d'abord méthodiquement la ligature au-dessus et au-dessous du sac, et on ouvre celui-ci en dernier lieu. C'est ce procédé que nous mîmes à exécution de la façon suivante :

Nous commençâmes par la ligature au-dessous du sac, ou plutôt nous découvrîmes l'artère sans la lier. Nous prévoyions une certaine difficulté pour opérer cette ligature, parce que le sac empiétait sur le canal du troisième adducteur, et que notre incision dut porter un peu au-dessous du tiers moyen de la cuisse, en sorte qu'en réalité c'était la poplitée que nous avions à découvrir. Or la ligature de la poplitée à son origine est fort difficile lorsque le malade n'est pas placé sur le ventre, position incompatible avec le chloroforme. C'était pour n'être pas privé des renseignements fournis par le battement artériel durant l'opération que nous commençâmes à découvrir l'artère au-dessous du sac. Bien que les battements soient toujours faibles et parfois nuls lorsque les artères ne sont pas comprimées sur un plan résistant, nous devons dire que dans ce cas particulier ils nous furent d'un grand secours. La fémorale fut ensuite découverte à la base du triangle sans aucune difficulté. Nous dirons seulement que la section de deux ganglions lymphatiques fut nécessaire, et que ces ganglions donnèrent plus tard issue à une quantité de lymphe assez abondante pour mouiller le lit du malade.

Les fils étant serrés, une large ouverture fut faite à la poche, et avec les mains nous détachâmes la masse énorme de caillots presque tous noirâtres qui la remplissaient. Il se produisit alors un écou-

lement de sang artériel, léger à la vérité, mais qu'il importait d'arrêter vu l'état de faiblesse extrême du malade. Pour cela nous dûmes nettoyer complétement la poche, et nous vîmes alors le sang sourdre d'une sorte de sac grisâtre, déchiré, reposant sur le fémur, et nous supposâmes, M. Maurice Raynaud et moi, que c'était le débris du sac primitif. Une boulette de charpie sèche appliquée en cet endroit arrêta immédiatement tout écoulement sanguin.

Ainsi qu'on l'a vu dans l'observation, la gangrène s'empara du membre inférieur, et le malade succomba quarante-six heures après l'opération.

L'autopsie nous a révélé des particularités tout à fait inattendues et dignes du plus grand intérêt.

Et d'abord ce n'était pas le tronc de l'artère fémorale qui était en cause, mais bien une branche de la fémorale profonde. Etait-il possible d'arriver à ce diagnostic ? Nous ne le pensons pas, car la question avait été posée et discutée durant la vie du malade sans qu'on ait pu la résoudre. Le seul signe en effet qui rationnellement devrait conduire au diagnostic serait la persistance du cours du sang, et par conséquent des battements dans la poplitée ; or les battements dans cette artère étaient diminués à ce point, que nous ne les sentîmes pas d'abord, tandis que ceux du côté opposé étaient très-forts. Nous ne connaissons pas d'autre signe capable de fournir les éléments d'un diagnostic différentiel, et c'est regrettable, puisque, si la ligature de la fémorale profonde suffisait, toute chance de gangrène du membre serait écartée. Il est bon d'ajouter cependant que, dans les cas d'anévrysme diffus comme celui qui nous occupe, la solution du problème n'avait qu'un intérêt médiocre, car nous devions pratiquer une ligature au-dessus et au-dessous de la poche, et par conséquent sur le tronc même de l'artère principale.

Nous signalerons en passant la différence des deux bouts de l'artère au point de vue du caillot. Dans le bout supérieur existe un beau caillot remplissant tout le calibre de l'artère, et déjà adhérent aux parois. Dans le bout inférieur, il n'y a pas de caillot. C'est cette particularité qui nous explique pourquoi dans une plaie artérielle, lorsque les deux bouts de l'artère ont été liés dans la plaie et qu'une hémorrhagie se produit à la chute des fils, presque toujours le bout inférieur fournit le sang. On devrait par conséquent,

autant que possible, substituer, pour le bout inférieur au moins, la torsion à la ligature, puisque le caillot ne joue qu'un rôle très-secondaire dans l'hémostase que produit la torsion.

Mais la question la plus délicate soulevée par l'autopsie est la question de pathogénie. Le fémur était manifestement malade dans une partie de son étendue. Il porte des traces d'ostéite. Cette lésion osseuse a-t-elle été primitive, ou bien a-t-elle été consécutive? Est-elle la cause de l'anévrysme, ou en est-elle la conséquence? Avons-nous eu affaire à un anévrysme diffus consécutif, comme nous l'avons cru tout le temps, ou bien à un anévrysme diffus primitif?

La solution de ces questions présente un haut intérêt, non-seulement scientifique, mais pratique. Voici cet intérêt : dans l'hypothèse d'un anévrysme diffus consécutif, notre conduite a été, croyons-nous, rationnelle, et tous les raisonnements qui précèdent persistent; dans l'hypothèse d'un anévrysme diffus primitif, occasionné par une lésion osseuse primitive, notre thérapeutique a été irrationnelle, et nos raisonnements sont inapplicables; car il saute aux yeux que l'amputation du membre était la seule ressource, puisque tout autre traitement n'aurait pas guéri la cause. Or nous croyons précisément, après un examen réfléchi, que la lésion osseuse a été primitive, que nous avons eu affaire à un anévrysme diffus primitif, et que le seul traitement rationnel eût été l'amputation d'emblée.

La question est délicate assurément, car les anévrysmes siégeant au voisinage des os déterminent toujours une altération du squelette. Mais cette altération osseuse est le résultat de la pression continue, du choc incessant de la poche contre un même point. C'est une sorte d'usure du tissu osseux, qui finit à la longue par le déprimer et le détruire. Il en résulte, en fin de compte, une perforation par laquelle s'engage la poche, ainsi qu'on l'observe en particulier au sternum à la suite des anévrysmes de l'aorte. Chez notre malade, au contraire, c'est une véritable ostéite du fémur que nous avons décrite dans l'observation. La destruction partielle des lamelles osseuses n'est pas ici le résultat de la pression, car dans un rayon assez étendu tous les canaux de Havers sont fortement dilatés et en voie de régression inflammatoire. De plus, cette usure du squelette par compression d'une poche anévrysmale marche lentement, c'est-à-dire que l'anévrysme existe depuis assez longtemps

déjà lorsqu'elle se produit ; or, chez notre malade, l'anévrysme diffus datait de quelques jours seulement, en sorte qu'il y avait disproportion évidente entre l'âge de l'anévrysme et l'étendue de la lésion osseuse.

Nous devons cependant rappeler ici un commémoratif d'une grande importance. Nous avons dit, dans l'observation, qu'au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade portait à la cuisse un peu au-dessus de la partie moyenne une petite tumeur qu'on aurait, suivant lui, désignée sous le nom de *ganglion tuméfié*. Qu'était cette tumeur ? Nous ne fîmes aucun doute, lors de l'entrée du malade, que c'était un petit anévrysme spontané de l'artère fémorale, dont la rupture avait produit l'anévrysme diffus. Mais il fallait que les symptômes en fussent bien peu prononcés pour qu'ils n'aient pas conduit au diagnostic, il fallait donc que l'anévrysme fût bien petit. Or, si nous pouvions accepter à la rigueur cette hypothèse lorsque le point de départ nous semblait être la fémorale superficielle, nous ne le pouvons plus maintenant que nous connaissons le point de départ vrai, la fémorale profonde. En effet, un anévrysme de la fémorale profonde, né au voisinage de la ligne âpre du fémur et faisant saillie sous la peau, eût par son volume et l'évidence des symptômes été immédiatement reconnu. Nous ne pensons donc pas que cette petite tumeur fût un anévrysme. Qu'était-elle ?

Le malade souffrait depuis longtemps déjà dans la cuisse ; la douleur, bien plus que la tumeur, le conduisit à l'Hôtel-Dieu. Or, lorsqu'un malade éprouve depuis longtemps des douleurs profondes dans un point limité du corps, et que l'on voit apparaître ensuite dans ce point une tumeur, n'y a-t-il pas de grandes chances pour que ce soit un abcès froid, surtout lorsque le malade présente tous les attributs d'une constitution lymphatique ?

La petite tumeur de la cuisse était donc, sans aucun doute, un abcès froid et non un anévrysme.

Si nous acceptons, ce qui nous paraît incontestable, que lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu le malade était atteint d'une *ostéite du fémur avec abcès ossifluent*, le problème se trouve résolu, c'est-à-dire que la lésion osseuse a été primitive, que la lésion artérielle a été secondaire, et que nous avons eu affaire à un *anévrysme diffus primitif*.

D'après ce qui précède, il nous semble facile d'établir la pathogénie de ce fait : ostéite du fémur au-dessous du petit trochanter,

au niveau de la ligne âpre; formation sur place d'un abcès ossifluent ; ulcération d'une ou de plusieurs perforantes à leur passage dans les anneaux fibreux ménagés sur la ligne âpre, et formation brusque de l'anévrysme.

La désarticulation coxo-fémorale était donc le seul traitement rationnel.

CONCLUSIONS.

1° Le diagnostic différentiel entre les anévrysmes diffus *primitif* et *consécutif* peut présenter une difficulté insurmontable;

2° Il n'est pas toujours possible de reconnaître si un anévrysme est formé aux dépens de la fémorale ou de la fémorale profonde;

3° La ligature et l'amputation sont les deux seules méthodes applicables aux anévrysmes diffus;

4° La ligature au-dessous du sac (Brasdor) est très-irrationnelle et ne doit jamais être tentée;

5° La ligature au-dessus du sac (Anel, Hunter) peut être employée lorsque la poche, n'étant pas enflammée, a de la tendance à revenir sur elle-même;

6° La méthode ancienne (ouverture du sac, ligature au-dessus et au-dessous) convient seule lorsque la poche est enflammée;

7° Si l'on a reconnu que l'anévrysme a pour point de départ une lésion du squelette, le seul traitement consiste dans l'amputation du membre.

CHIMIE ET PHARMACIE

Des limonades purgatives au métatartrate de magnésie ;

Le prix élevé qu'a atteint l'acide citrique depuis quelques années explique les recherches qui ont été faites pour trouver le moyen de remplacer cet acide dans la préparation des limonades magnésiennes; nous ne voulons pas parler de ces moyens que leurs auteurs n'osent avouer, et qui consistent à supprimer dans le citrate de magnésie, sans en changer le nom, et l'acide citrique et la magnésie, qu'ils remplacent par du tartrate de soude ou tout autre sel purgatif d'une saveur peu prononcée et produisant des effets analogues,

mais surtout d'un prix de revient très-minime. Les réactions chimiques permettent toujours de constater la fraude, dont ne peuvent, du reste, se trouver victimes les pharmaciens qui préparent eux-mêmes leurs limonades au citrate de magnésie.

Nous voulons indiquer aux praticiens un sel peu connu jusqu'à ce jour et signalé dans ces derniers temps par M. Léger, pharmacien, comme pouvant remplacer le citrate de magnésie. C'est le métatartrate de magnésie, sel à acide organique, dans lequel l'acide citrique se trouve remplacé par l'acide tartrique modifié par une température de 170 degrés et transformé en un nouvel acide, l'acide métatartrique, qui donne avec la magnésie un sel bien soluble et se conservant bien en solution, tandis que le tartrate de magnésie est peu soluble et se dépose rapidement de ses solutions.

Pour préparer cet acide, on prend de l'acide tartrique bien pur, c'est-à-dire exempt des traces d'acide sulfurique qui peuvent s'y rencontrer quelquefois, et on le fond dans une capsule de porcelaine placée sur un feu très-doux. Nous préférons l'emploi d'un bain d'huile chauffé exactement à 170 degrés, qui présente l'avantage de donner plus facilement un produit peu coloré et d'une saveur acide plus franche. Lorsque toute la masse est en fusion tranquille, ce qui s'obtient assez rapidement, on la retire du feu; on la divise en petites masses qui durcissent par le refroidissement et que l'on enferme dans des flacons bien secs. C'est là l'*acide métatartrique*, ou plutôt, comme le font remarquer quelques auteurs, un mélange d'acide métatartrique et d'acide isotartrique.

Pour préparer la limonade magnésienne purgative, voici, d'après M. Léger, comment il faut opérer : on verse sur le mélange d'acide métatartrique grossièrement pulvérisé et de carbonate de magnésie les trois quarts de la quantité d'*eau froide* qui doit entrer dans sa composition; la réaction, qui est très-vive par suite du dégagement d'acide carbonique, est terminée en moins de dix minutes et la solution est complète. Pour éviter l'élévation de température qui accompagne cette réaction, il serait bon, croyons-nous, de dissoudre d'abord l'acide dans l'eau et d'ajouter le carbonate par petites quantités. Quoi qu'il en soit, il faut bien se garder de chauffer pour favoriser la réaction, car l'acide métatartrique, sous l'influence de la chaleur et en présence de l'eau, repasse à l'état d'acide tartrique ordinaire et le tartrate de magnésie se précipite.

Le tableau suivant indique les quantités d'acide et de carbonate

de magnésie à employer pour obtenir les limonades aux doses les plus usitées :

Limonades à :

	20g	25g	30g	35g	40g	45g	50g	55g	60g	65g	70g
Acide métatartrique. .	13	17	20	23	27	30	33	37	40	43	47
Carbonate de magnésie.	7	8	10	12	13	15	17	18	20	22	23

Eau, quantité suffisante pour obtenir des solutions que l'on additionne d'un sirop de limons préparé à l'acide citrique ou à l'acide métatartrique, et que l'on rend gazeuses, suivant le besoin, en remplaçant les doses d'acide tartrique par les mêmes quantités d'acide métatartrique.

D'après les expériences qui ont été faites par M. Léger, les limonades, ainsi préparées, se conservent pendant plusieurs semaines sans altération sensible, surtout si elles ne sont pas concentrées sous un trop petit volume. Elles purgent bien, et leur saveur, sans être absolument celle des limonades préparées au citrate, n'est nullement désagréable ; nous avons donc lieu de croire qu'elles prendront rang dans la thérapeutique.

Oléate de mercure ; oléate de mercure et de morphine.

M. le docteur John Marshall a proposé de remplacer l'onguent mercuriel, dans lequel, comme on le sait, le mercure métallique est seulement divisé, par une dissolution d'oxyde de mercure dans un liquide onctueux ou oléagineux, pensant qu'avec une semblable préparation on obtiendrait des effets beaucoup plus prompts et plus satisfaisants.

Il a donné la préférence à l'oxyde jaune de mercure récemment précipité et bien sec, lequel se combine facilement avec l'acide oléique, surtout à une température d'environ 150 degrés. Les dissolutions qu'il a fait préparer contiennent des quantités de cet oxyde variant de 5 à 20 pour 100 ; la seule précaution à observer dans la préparation de ces composés est d'employer de l'acide oléique pur et de chauffer lentement et modérément, afin de ne pas réduire l'oxyde.

Ces nouvelles préparations, en raison de la propriété que possède l'acide oléique d'être absorbé facilement par la peau, agiraient,

suivant l'auteur, très-promptement et très-efficacement dans le traitement des inflammations chroniques des articulations.

M. Marshall dit s'être parfaitement trouvé d'ajouter à l'oléate de mercure de la morphine, qui s'y dissout complétement.

La formule généralement adoptée à New-York est :

Acide oléique.	100 parties.
Deutoxyde de mercure.	5 —
Morphine	2 —

(*Amer. Journ.* et *Journ. de pharm. et de chimie*, oct. 1873.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Action de la térébenthine sur les reins et les organes génito-urinaires.

Monsieur le Rédacteur,

L'observation du docteur Andant, publiée dans votre livraison du 15 septembre dernier, me remet en mémoire un fait analogue, qui offre en plus un intérêt thérapeutique spécial.

Obs. I. — M***, âgé de quarante-cinq ans, tombe d'une hauteur de 4 mètres environ sur des dalles de pierre (cette chute a lieu dans l'obscurité et par surprise) ; le côté gauche a porté.

Le lendemain matin (4 septembre 1869), je constate une violente contusion du flanc gauche et une fracture de la crête iliaque correspondante, formant, autant que j'en puis juger, un simple éclat parallèle au bord de l'os. Depuis l'accident le malade urine du sang en quantité notable.

Les jours suivants l'ecchymose devient de plus en plus foncée et plus étendue, et l'hématurie continue avec la même intensité. Il n'y a pas de caillots ; le sang est liquide et mêlé à l'urine, qui laisse déposer une bouillie rouge-noirâtre; de plus, il n'existe aucune douleur, aucun signe de lésion du côté de la vessie. Peu de réaction, pas de fièvre proprement dite, la douleur est à peu près nulle pendant l'immobilité.

Le traitement fut d'abord tout externe ; mais, l'hématurie continuant, j'administre l'essence de térébenthine à l'intérieur, en capsules, et immédiatement, dans l'espace de vingt-quatre heures au plus, les urines redeviennent limpides, et le 14 septembre, dix jours après l'accident, le malade est en état de quitter notre ville, où il était de passage.

Il ne me paraît pas possible de contester ici l'existence d'une lésion du rein, à la fois coutusion et commotion; c'est un cas de plus à ajouter à ceux, en petit nombre, que l'on connaît déjà.

L'action de l'essence de térébenthine, comme on a pu voir, a été des plus remarquables, ou bien il faut invoquer une étrange coïncidence. C'est d'ailleurs un résultat qui s'accorde très-bien avec les notions anciennement acquises sur l'efficacité des résineux et balsamiques employés comme hémostatiques. Parmi ceux-ci l'essence de térébenthine me paraît le plus actif, et je vous demanderai la permission de citer en finissant un cas fort intéressant, au point de vue de la pathologie comme de la thérapeutique, et qui me semble rentrer dans le même ordre d'idées :

Obs. II. — Un homme de trente ans environ, riche et de vie régulière, de bonne santé habituelle, voit mourir son père d'un cancer de l'estomac, et, frappé de la crainte de cette maladie pour lui-même, devient hypocondriaque, avec quelques légers troubles gastriques, douleurs légères et flatulence; bonne santé d'ailleurs. La santé de sa femme le forçait à une continence relative. Il s'aperçoit que le sperme éjaculé est rouge, gelée de groseilles, et je constate que le linge est taché par du sang. Il s'assure que le sperme est bien rendu tel, et qu'il y a évidemment un suintement hémorrhagique; sans doute celui-ci avait lieu dans les vésicules séminales. Pas de blennorrhagie ni récente ni ancienne. Au traitement tonique conseillé par moi et aux douches froides (qui ne furent pas prises), M. le professeur Gubler, auquel j'envoyai ce malade, substitua l'essence de térébenthine. Celle-ci amena rapidement la disparition de cet accident, qui se reproduisait à chaque essai nouveau. Il y a de cela cinq ans au moins, et la guérison ne s'est pas démentie.

Je crois ces deux faits assez rares et intéressants pour appeler sur eux l'attention, en même temps que sur l'efficacité de ce remède, qui, malgré sa valeur reconnue, n'a pas donné encore tout ce qu'on a le droit d'en attendre.

Veuillez agréer, etc.

D[r] E. Martel,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Saint-Malo, 17 septembre 1875.

BIBLIOGRAPHIE

1° *The Institutes of Medecine*, ninth edition ; 2° *Physiology of the Soul, as distinguished from Materialism, with supplementary demonstration of the divine communication of the narratives of creation, and the flood*; by MARTYN PAINE, professor in the medical department of the University of New-York (namely, of the Institutes of Medicine and Materia medica), etc.

All are but parts of one strupendeous whole,
Whose body Nature is, and God the soul (1).

Cette épigraphe, empruntée à un poëte anglais, que l'auteur a mise en vedette sur la première page d'un de ces deux immenses et splendides volumes, nous avons cru devoir la mettre en tête de la sommaire analyse que nous allons en faire, parce qu'elle nous indique de suite à la lumière de quelle philosophie le médecin de New-York s'est placé pour étudier et résoudre les nombreux et difficiles problèmes qu'il n'a pas craint d'aborder. La solution nettement spiritualiste, pour en marquer d'un mot le caractère, la solution qu'il en donne, dis-je, et le souci patriotique qu'il montre, à chaque page de son double travail, pour préserver l'Amérique de l'invasion des doctrines, si funestes à son sens, qui fleurissent de ce côté de l'Atlantique, seront sans doute un grand sujet d'étonnement pour ceux d'entre nous qui s'imaginent que la démocratie est un terrain où s'étiolent et meurent les philosophies dont l'existence de Dieu et de l'âme, aussi bien que la religion qui en est le logique rapport, sont la base fondamentale. Si l'on y voulait réfléchir un peu cependant, cet étonnement cesserait bientôt. Non-seulement la vérité philosophique, placée dans une sphère qui n'a rien de commun avec les formes de gouvernement des sociétés humaines, mais les vérités dont le médecin américain s'est fait le généreux champion sont appelées à exercer dans les démocraties une influence bien plus nécessaire que dans les aristocraties, car elles y sont un frein dont la libre contrainte doit être acceptée, dans l'intérêt de chacun et de tous, à tous les degrés de la hiérarchie sociale. Si cela est vrai, et qui en pourrait douter ? n'est-ce pas le plus grand éloge qu'on puisse faire de la démocratie que d'établir ainsi que, pour qu'une démo-

(1) Tout n'est que simple partie dans cet étonnant ensemble dont la nature est le corps et Dieu l'âme.

cratie prospère, il faut qu'elle soit profondément morale, il faut que les hommes y pratiquent la vertu jusqu'au plus absolu dévouement à la chose publique ? Je ne sais si la démocratie *scientifique* l'entend ainsi ; si elle l'entend autrement, il faut, dans ce cas, qu'elle crée un ordre tout nouveau, sans racine dans la tradition, et où, comme le disait dernièrement M. le professeur Chauffard dans un travail remarqué, « la force brutale et changeante prendra le rôle souverain et constituant..., et où le mal, possédant sans partage les populations, les conduira à tous les assouvissements et à tous les désordres. »

Puisque nous avons fait allusion au travail de l'éminent professeur de la Faculté de médecine, nous n'hésitons pas à en recommander la lecture à notre savant confrère de New-York ; outre que cette lecture lui montrera que tous les médecins français ne méritent pas les anathèmes qu'il lance dans plus d'une page contre eux, il y puisera une leçon de convenance et de bon goût qui pourra profiter à sa critique, où se sent un peu trop l'atavisme du Peau-Rouge ; écoutez, pour votre édification : « *Here let us say that, were it not that the light of modern science has conducted so many others to the same conclusion, we should charitably conclude that our author* (il s'agit de Büchner) *is a monomaniac* (1). Disons ici que, s'il n'y en avait tant d'autres que lui que la lumière de la science moderne a conduits à la même conclusion, nous en inférerions charitablement qu'il est fou. » N'est-ce pas un peu la loi de Lynch appliquée à la critique ? Même là-bas ce doit être violent, n'est-ce pas ?

Mais revenons à la médecine et à la physiologie.

Sous la rubrique, autrefois fort usitée, d'*Instituts de médecine*, M. le docteur Paine a entendu traiter des principes généraux qui gouvernent la vie dans ses modes hygide ou pathologique et commandent la pratique. Sa méthode, pour employer une expression à la mode en ce moment, est une méthode de combat. « Il est évident, dit-il quelque part, que, pour établir la vérité dans la philosophie médicale, il faut en même temps réfuter les erreurs auxquelles elle est mêlée presque d'une façon inextricable. » Sa doctrine, c'est le solidisme et le vitalisme. Le microscope, qui prétend à trouver la raison de la vie dans le jeu des premiers éléments mor-

(1) Deuxième volume, p. 279.

phologiques qu'il analyse; la chimie organique, qui aspire aux mêmes conclusions en analysant les humeurs, en descendant jusqu'aux blastèmes où s'élabore sourdement la trame physiologique ou anormale des tissus ; le vitalisme, qui pose que la vie doit être étudiée dans son incarnation dans la matière, sous peine d'ouvrir la porte à toutes les vagues spéculations d'une ontologie stérile : toutes ces ambitions de la science contemporaine n'ont fait chanceler aucune des convictions du médecin de New-York, et il maintient que le solidisme et le vitalisme, avec son principe indépendant, âme de seconde majesté, comme on disait à Montpellier, restent toujours la base la plus sûre et la plus inébranlée d'une conception rationnelle de la vie.

Mais comment ce principe vital, cette force à la fois formatrice et conservatrice, et qui plane sur l'organisation comme l'esprit de Dieu sur l'abîme, comment ce principe vital agira-t-il sur l'organisation ? Par quelle anse la saisira-t-il pour réaliser les actes multiples et coordonnés de la vie ? Ce *medium*, c'est principalement l'innervation, *nervous power*, qui devient ainsi la condition instrumentale, *instrumentality*, de l'évolution vitale dans ses modes variés, soit hygides, soit pathologiques. Mille objections se dressent immédiatement pour combattre une affirmation si tranchée. Nous n'en ferons qu'une, et nous la demandons aux notions les plus élémentaires et les plus positives de l'organogénie. Dans ce germe fécondé, presque amorphe, dans cette idée organique, vivante, qui, comme le dit M. Pidoux, « est déjà l'homme », et où s'accomplissent, dès les premiers jours de la conception, les plus prodigieux changements, où est le système nerveux, ce levier nécessaire du principe vital, pour réaliser cette étonnante évolution ? L'auteur ne fait pas de réponse à cette question ; ou s'il tente d'y répondre, il ne fait que balbutier des explications sans portée. Quoi qu'il en dise, le médecin américain n'accorde cette excessive influence au système nerveux, dans le jeu de la vie, que parce que son siége était fait à l'avance ; il est solidiste, et il faut qu'il trouve dans l'organisme les bases de cette étroite et surannée conception de la vie. L'auteur, qui ne nous ménage pas les objurgations, nous permettra de lui faire observer qu'en médecine surtout il faut savoir affirmer à propos et douter à propos : l'amour-propre, qui, suivant le mot d'un des nôtres, Pascal, «est un excellent instrument à se crever agréablement les yeux, » a bien des séductions, et l'amour le plus

sincère de la vérité ne nous défend pas toujours de ses piéges. Quoi qu'il en soit à cet égard, partant de cette donnée, M. le docteur Paine arrive à une conception des rapports de l'organisme vivant avec le milieu dans lequel il est plongé beaucoup plus correcte, et que les esprits les plus distingués de nos jours ont bien plus largement développée ; cette conception est celle-ci, pour nous borner à ce qui nous intéresse surtout dans ce journal : les causes morbides, comme les agents thérapeutiques, n'agissent que par impression sur nos organes ; la vie fait le reste. « Tout fait organique, dit M. Pidoux, et avec lui M. Chauffard, vital à son origine, dans son milieu, jusqu'à sa fin, aboutit et conclut pourtant à un phénomène extérieur ou à un effet qui, destiné à se mettre en rapport avec un fait physique ou chimique du monde ambiant, offre et doit offrir les caractères propres aux faits de cet ordre. Ce rapport est d'une simplicité divine ; et le savant s'alambique l'esprit pour en trouver un plus beau. » A quelque degré de profondeur que le microscope ou la chimie, par ses ingénieux artifices, pénètre dans l'organisation, leurs découvertes ne feront jamais illusion aux vrais médecins, qui continueront à sentir, même avant de le complétement connaître, que l'unité de la vie, sa spontanéité, ses synergies, la consonnance de ses actes multiples, ses idiosyncrasies, ses résistances, son énergie médicatrice, obéissent à d'autres lois, par conséquent sont les manifestations vivantes d'une cause d'un autre ordre que celles qui gouvernent le monde physique. En donnant son assentiment à cette doctrine, le médecin américain a montré qu'il avait au moins un juste instinct des choses de la vie ; et si, comme on doit le supposer d'après les nombreuses éditions qui, en peu d'années, se sont succédé, son livre est entre les mains de beaucoup de ses compatriotes, il a dû nécessairement exercer une influence utile sur la pratique médicale d'au delà de l'Atlantique.

Après avoir étudié, au double point de vue que nous venons d'indiquer, les fonctions physiologiques et pathologiques, l'auteur aborde la thérapeutique, où nous ne voyons rien d'original qui mérite de fixer l'attention, sauf sa manière de comprendre l'action des médications que nous avons déjà signalée. Nous ferons à cet égard une seule remarque, c'est que l'auteur, grand, mais non fougueux partisan des émissions sanguines dans un certain nombre de maladies, appuie, non sans quelque raison peut-être, sur le discrédit presque absolu où est tombée aujourd'hui cette méthode, même en

Amérique, paraît-il. Il rapporte çà et là quelques tronçons de statistiques qui lui semblent prouver que ce n'est pas sans préjudice pour les malades qu'on a fini en quelque sorte par exorciser une médication qu'on avait encensée à l'excès. L'histoire de la médecine n'est guère, hélas ! que l'histoire de ces plus ou moins brusques variations. Heureusement la pratique, qui est un frein pour l'esprit de spéculation, ne va pas toujours aussi loin que celle-ci.

Nous ne dirons que quelques mots sur le second des ouvrages dont on a lu le titre en tête de cet article. La thèse du spiritualisme, que l'auteur y défend avec l'accent d'une conviction aussi profonde que réfléchie, il n'en demande pas la démonstration aux arguments de la métaphysique. Sur ce terrain même il reste médecin, physiologiste et naturaliste et montre victorieusement, suivant nous, que la vie, la conscience psychologique et morale ne sont pas sorties de la réaction de la matière sur elle-même, qu'elles ont une origine plus haute, marquée par le manifeste *dessein* d'une suprême intelligence. En poursuivant ce but, qui plus que jamais doit tenter les nobles ambitions, le médecin américain a frappé à toutes les portes de la science contemporaine pour y demander les arguments contraires à la thèse qu'il soutient et les combattre. Les naturalistes sont légion aujourd'hui; mais il y a beaucoup de psittacisme, pour employer une expression de Leibnitz, dans ce concert de voix chantant le néant sur le même diapason, et l'on peut les arrêter à leur point de départ, avec M. Tyndall, en leur demandant d'où vient la matière, qui ou quoi, *who or what*, c'est-à-dire quelle force consciente ou inconsciente l'a divisée dans ses molécules, qui ou quoi, *who or what*, lui a imprimé, à un moment donné du temps, à un point de l'espace peut-être, l'impulsion nécessaire pour se transformer en êtres organisés. Ils ne répondent à ces questions que par des hypothèses sans racines dans les faits, et que réduit à néant le sentiment énergique du moi, qui échappe à tout déterminisme, en se posant vis-à-vis de la matière dans une invincible opposition d'irréductibilité. Ceux qu'intéressent ces graves questions (et qui ne s'en intéresserait aujourd'hui ? qui ne voit qu'à ce *who* ou *what* est suspendue la fortune de l'humanité?), ceux, dis-je, qu'intéressent ces graves questions trouveront dans le livre dont nous parlons en ce moment tous les éléments nécessaires pour se mettre en état d'y répondre, autant du moins qu'on le peut dans l'état actuel de la science.

Nous avons vu déjà que le médecin américain ne nous flattait pas; ici encore il ne nous épargne pas ses objurgations. A l'entendre, nous vivons dans un insouci de ces graves problèmes qui accuse dans les esprits un déplorable abaissement. Nous n'acceptons pas ce reproche; et il nous serait facile de citer de nombreux ouvrages français, portant un millésime plus récent même que celui du médecin de New-York, où ces problèmes sont hardiment abordés et résolus dans un sens rigoureusement spiritualiste, c'est-à-dire par le *who* de M. Tyndall. Nous rappellerons d'abord, pour ne citer que ceux que nous avons sous les yeux, et où les méthodes physiologiques ont une large part, le travail de M. le professeur Chauffard (1), que nous citions au début de cet article, et nous y ajouterons l'ouvrage de F. Huet (2) sur la *Révolution philosophique au dix-neuvième siècle,* avec une savante introduction de l'ami de l'auteur, notre éminent confrère, M. Pidoux; 2° un livre non moins remarquable, et d'une doctrine générale plus sûre, de M. Elie Méric (3), *Sur la vie dans l'esprit et dans la matière;* 3° les *Harmonies providentielles* de M. Charles Levêque, professeur au Collége de France (4), et où la science, finement scrutée dans ses solutions certaines, fulgure de toutes parts le spiritualisme; 4° enfin, le nouvel ouvrage de M. Bouillier (5), bien connu parmi nous par sa puissante tentative de restauration de l'animisme de Stahl, et qui porte le titre suivant, suffisamment caractéristique : *De la conscience en psychologique et en morale.* Bien qu'aboutissant sur une foule de points à des conséquences souvent fort différentes, tous ces ouvrages cependant ont une même ambition et poursuivent le même but : poser en face de la matière, quelles que soient ses relations avec elle, une entité qui se la subordonne et fait de la vie, de l'intelligence et de la conscience autre chose qu'un simple mécanisme. Qui les lira avec une suffisante attention, sans moutonisme, avec l'indépendance qui convient à des hommes, emportera de cette lecture tout au moins cette impression, que la vie n'est pas sortie un jour de la poussière de la terre, et que l'homme ne provient pas

(1) *La Science et l'Ordre social,* in *Correspondant,* t. LXXXVII, p. 793.

(2) Michel Lévy frères, rue Auber, 3, Paris.

(3) Albanel, libraire-éditeur, rue Honoré-Chevalier, 7, Paris.

(4) Librairie Hachette et Cᵒ, boulevard Saint-Germain, 70, Paris.

(5) Germer-Baillière (de la bibliothèque de philosophie contemporaine), rue de l'Ecole-de-médecine, 17, Paris.

par voie de transformisme d'une simple combinaison des éléments de l'albumine cuite à point par la chaleur cosmique. Nous le répétons, en finissant, cette vérité capitale, on la trouvera dans quelques-uns de ces livres, noyée au milieu de conceptions qui courent risque de l'affaiblir. Qu'on ne se trouble pas, qu'on en retienne la souveraine leçon : que la vie n'est pas le simple rêve d'une ombre que la mort interrompt, que l'organisation vivante est quelque chose de plus qu'une simple nuance du cadavre. Le cœur, l'instinct moral, le verbe interne, qui a aussi voix au chapitre, qui n'est pas rhéteur et s'inquiète peu du reproche de mysticisme qu'il encourt en se mêlant à ces questions, saura bien trouver son étoile polaire au milieu de ces nuages, et viendra confirmer ces données fondamentales de la science pure par ces convictions intuitives qui, comme le dit Pascal, s'appuient sur des raisons que la raison ne connaît pas. D[r] Max Simon.

BULLETIN DES HOPITAUX

Sur les injections intra-veineuses d'eau ou de solutions salines dans le traitement du choléra. — Dans l'article où nous avons, il y a un mois, à cette même place, essayé de reproduire la séance du 12 septembre de la Société médicale des hôpitaux, nous avons dit que M. le docteur Besnier, en terminant la lecture de sa note : *Contribution à l'étude des épidémies cholériques*, avait recommandé d'une manière spéciale, parmi les moyens de traitement du choléra, « deux pratiques qui avaient paru gagner quelque faveur et qui s'appliquent toutes deux aux cas graves : l'enveloppement dans le drap mouillé et la couverture de laine, et les injections aqueuses, simples ou salines, dans le système veineux. »

M. Besnier renvoyait, du reste, pour plus ample information, à la revue thérapeutique qui se trouve à la fin de son rapport sur l'épidémie de 1866 et à un travail inséré à cette même époque dans notre recueil (1). Nous ne pouvons mieux faire que d'engager nos lecteurs à se reporter à ce travail vraiment important, où se trouve exposée la thérapeutique du choléra, telle qu'elle ressortait de l'ex-

(1) Voir *Bull. de Thérap.*, t. LXXI, p. 385, 434.

périence de l'épidémie qui venait alors d'être observée. Nous nous bornerons à en extraire le passage suivant, dans lequel l'auteur, après avoir exposé les faits relatifs aux injections veineuses, se résumait ainsi :

« De ces diverses expériences il résulte manifestement que les injections pratiquées dans les veines pendant le choléra paraissent être en général sans danger immédiat et ne compromettent pas nécessairement l'existence, puisqu'un malade à qui on avait injecté UN LITRE ET DEMI de solution saline a rapidement guéri. Il paraît en outre évident que dans certaines circonstances, et notamment dans les faits de MM. Colson et Hérard, bien que les résultats définitifs aient été nuls, l'injection a produit une amélioration momentanée, qu'elle a peut-être reculé l'heure de la mort et produit une sorte de vie artificielle assez active pour permettre aux patients de manifester leurs volontés dernières et d'accomplir un devoir religieux. Nous ne voudrions en aucune façon nous exagérer la valeur de ces résultats, ni les présenter sous de trop séduisantes couleurs; mais tout observateur consciencieux qui voudra prendre la peine de se rendre compte des faits sans se borner à la conclusion, conviendra certainement qu'il y a là une voie nouvelle, incomplétement explorée et dans laquelle on pourrait faire légitimement quelques tentatives. Mais ici encore, de même que pour les injections médicamenteuses proprement dites, nous faisons appel aux médecins physiologistes, dont quelques-uns pourraient facilement, sur de grands animaux, rechercher quel est pour ces injections le liquide le plus convenable, la quantité qui peut en être introduite sans danger dans les voies circulatoires, le meilleur et le plus simple procédé d'application, etc., etc. Il y a là certainement toute une moisson de faits importants et nouveaux à recueillir, et nous voulons espérer qu'elle tentera quelqu'un. »

Cette question des injections intra-veineuses dans le choléra est certes une de celles qui méritaient le plus d'être mises à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux. Elle l'a été sur la proposition de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, qui, d'après l'invitation du président, M. le docteur Lailler, s'est fait inscrire pour lire un travail sur ce sujet. C'est de cette lecture, qui a été faite dans la séance du 10 octobre, que nous allons rendre compte aujourd'hui.

La méthode des injections intra-veineuses a été employée dès

1830 par Jaehnichen, en Russie, puis en 1832 par Magendie, en France, et par Thomas Latta, en Ecosse. Reprise par quelques médecins à chaque épidémie nouvelle de choléra, et notamment dans celle de 1866, avec des résultats incomplets dans la plupart des cas, mais avec un entier succès dans quelques autres qu'a cités M. Besnier, tels que celui de M. Lorain, à l'hôpital Saint-Antoine, et un autre en Angleterre, à London-Hospital (1), elle n'a pas encore, on peut le dire, été suffisamment expérimentée jusqu'à ce jour pour que nous puissions être édifiés sur sa valeur réelle. Dans son travail, basé sur trois observations recueillies dans un service dont il est chargé à l'hôpital Beaujon, M. Dujardin-Beaumetz s'est proposé de faire voir que cette méthode est la seule qui soit rationnellement applicable aux périodes ultimes du choléra. Voici d'abord l'analyse de ces trois observations.

Obs. I. — Femme âgée de quarante-trois ans, présentant les symptômes les plus prononcés de la période algide : pouls radial, nul ; température prise dans l'aisselle, abaissée à 35 degrés. A dix heures du matin, injection de 450 grammes d'eau à 40 degrés, additionnée de 3 grammes de chlorure de sodium. Après l'opération, amélioration très-sensible ; le pouls reparaît, la température axillaire remonte à 36 degrés; la voix, qui était éteinte, reprend de la force. A deux heures, retour de l'algidité ; seconde injection de 350 grammes du même liquide, nouvelle amélioration suivie d'une nouvelle rechute. Enfin, à dix heures du soir, troisième injection de 350 grammes d'eau avec addition de 2 grammes d'alcool ; cette dernière injection ramène un peu de chaleur et un peu de pouls; mais le mieux ne se prononce pas davantage, et la malade meurt à sept heures du matin.

Obs. II. — Malade scrofuleuse, cachectique, dans l'algidité la plus complète, véritablement expirante. 800 grammes d'un sérum artificiel sont injectés ; puis 800 grammes au bout d'une heure et demie, et enfin 300 grammes encore. La patiente revient à elle, reprend sa connaissance; elle demande même des bouillons et se sent beaucoup mieux. Néanmoins elle succombe deux heures après.

Obs. III. — Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme à la période ultime du choléra, sans pouls, et dont la température axillaire est tombée à 34 degrés. On lui injecte 400 grammes d'eau à 40 degrés avec addition de 3 grammes de chlorure de sodium. La cyanose disparaît, le pouls redevient appréciable, la tem-

(1) Voir *Bull. de Thérap.*, t. LXXI, p. 375.

pérature se relève, le regard reprend sa vivacité, la voix se rétablit. Mais le mieux n'est que temporaire, et la mort arrive le lendemain matin.

A n'envisager ces faits qu'au point de vue de leur résultat final, qui rappelle celui obtenu dans la plupart des cas observés jusqu'ici, il est manifeste qu'ils ne seraient pas encourageants. Mais il est à remarquer que dans chacun d'eux, d'une part, la maladie était arrivée à sa dernière période, et que, d'autre part, les injections ont été suivies d'une amélioration, momentanée il est vrai, mais vraiment remarquable. En tenant compte de cette amélioration et en s'appuyant, comme l'a fait M. Dujardin-Beaumetz, de dix-huit observations qu'il a rassemblées et dans lesquelles la méthode a été suivie d'un succès complet, on sera fondé à reconnaître avec lui qu'il y a lieu, loin d'abandonner cette médication, de s'y attacher, au contraire, en cherchant les moyens d'en tirer tout le parti qu'elle paraît susceptible de donner.

Dans ce but, notre très-distingué et laborieux confrère est d'avis qu'il y a lieu de soumettre à une étude approfondie les trois points suivants : — *a*. A quelle période de la maladie convient-il mieux de pratiquer les injections intra-veineuses ? — *b*. Quelles doivent être la nature et la quantité du liquide injecté ? — *c*. Quel est le manuel opératoire qui doit obtenir la préférence ?

a. *A quelle période de la maladie convient-il de recourir aux injections ?* — Il résulte de toutes les observations connues qu'elles ont toujours été pratiquées dans la période algide du choléra et chez des malades dans une situation désespérée, à l'exception toutefois d'un cas observé par M. Piorry, où l'injection a été faite dans la période de réaction et dans lequel, il est vrai, le malade, après une amélioration sensible, a succombé comme ceux qui se trouvaient dans l'algidité. D'après cette considération, et tout en admettant que, quant à présent et jusqu'à ce qu'on soit bien fixé sur la complète innocuité de cette médication, elle doit rester réservée pour les cas ultimes, M. Dujardin-Beaumetz est d'avis qu'elle pourrait très-vraisemblablement donner des résultats plus avantageux si l'on y avait recours moins tardivement et si l'on employait un liquide se rapprochant aussi complétement que possible de la composition du sérum du sang. C'est que, pour M. Du-

jardin-Beaumetz, c'est à l'épuisement de ce sérum qu'il s'agirait de suppléer, épuisement qui, suivant lui, en modifiant profondément les qualités du sang le rendrait impropre à circuler dans les vaisseaux et deviendrait ainsi la cause de l'algidité.

b. *Quelles doivent donc être la nature et la quantité du liquide injecté?* — M. Lorain qui, comme nous l'avons dit plus haut, a obtenu un succès complet à l'hôpital Saint-Antoine, n'avait employé que de l'eau tiède. Mais dans tous les autres cas où la guérison a été obtenue, on s'était servi de solutions salines.

Celle dont ont fait usage Latta et après lui, avec quelques modifications, Craigie et Christison (d'Edimbourg), se composait de : muriate de soude, 3 à 5 grammes ; sous-carbonate de soude, 2g,50; eau distillée, 2 832 grammes.

M. Colson, en 1866, a proposé le mélange suivant : eau distillée, 1 250 grammes ; muriate de soude, 12 grammes ; lactate de soude, 8 grammes ; phosphate de soude, 3 grammes.

Et M. Hérard a employé un liquide formé d'eau distillée, 1 000 grammes ; chlorure de sodium, 4g,50 ; phosphate de soude, 1g,25 ; chlorure de potassium, 0g,25 ; carbonate de soude, 0g,25.

M. Dujardin-Beaumetz, d'après les idées théoriques exposées plus haut, estime que la formule suivante, qui reproduit d'une manière approximative l'analyse du sérum fournie par M. Dumas, pourrait être plus avantageuse; c'est celle à laquelle il a eu recours dans sa deuxième observation.

Eau distillée	1000g,00
Chlorure de sodium	3 ,10
Phosphate de soude	0 ,30
Carbonate de soude }	
Sulfate de potasse } ãã	1 ,00
Lactate de soude }	

Il manquerait à ce liquide, pour le rapprocher davantage encore du sérum, une certaine quantité d'albumine; mais on a remarqué, et entre autres Christison, que cette adjonction n'a jamais été avantageuse.

Il était intéressant de savoir quelle est l'action sur le sang du liquide mis en usage pour les injections intra-veineuses. Aidé de M. Grancher, chef des travaux histologiques à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, M. Dujardin-Beaumetz a étudié cette action

au microscope : il résulte de cet examen que l'eau détruit immédiatement les globules, et que les solutions salines ne les détruisent pas, mais les altèrent seulement dans leur forme. Pour obtenir le résultat que vise M. Dujardin-Beaumetz, à savoir, rendre au sang le sérum qu'il a perdu, il faudrait donc se servir, pour les injections, de véritable sérum, de sérum naturel. C'est malheureusement ce qui n'est pas aisé, le sérum étant difficile à conserver ; peut-être parviendrait-on à assurer cette conservation au moyen du chloral. Quant aux tentatives faites avec du sang défibriné, en 1831, par Dieffenbach et que Scoutetten nous a transmises, les résultats ont été fâcheux ; M. Dujardin-Beaumetz se demande si ces résultats n'ont pas dépendu du mode employé dans ces cas pour pratiquer les injections.

c. *Quel doit être le manuel opératoire ?* — Il est nécessaire qu'il soit très-simple et à la portée de tous les praticiens. La seringue à hydrocèle présenterait ces avantages; mais elle a l'inconvénient de pousser l'injection par saccades. M. Dujardin-Beaumetz pense que le procédé dont il s'est servi pourrait être utilement mis en œuvre. Un irrigateur ordinaire chargé de la solution à injecter est placé dans un vase contenant de l'eau à 41 ou 42 degrés. Au bout du tube on adapte un second tube en caoutchouc, terminé par une extrémité en métal, qui doit pouvoir pénétrer dans l'ouverture inférieure de la gaîne du trocart du transfuseur de Mathieu. L'écoulement se règle à volonté en ouvrant plus ou moins le robinet. Après avoir serré le bras au moyen d'une ligature, comme pour la saignée, on met la veine à découvert en pratiquant une courte incision, qui puisse permettre d'isoler celle-ci, ce que l'on fait en passant au-dessous une sonde cannelée. On ponctionne le vaisseau obliquement, puis, en retirant l'aiguille, on fait pénétrer la gaîne du trocart un peu plus loin entre les parois de la veine ; l'extrémité métallique, ajoutée au tube de l'irrigateur, est alors introduite, et l'on a soin d'ouvrir le robinet de manière à faire pénétrer doucement le liquide, en même temps qu'on enlève la ligature qui comprime le vaisseau.

Cette opération est d'ordinaire exempte d'accidents; cependant elle a été quelquefois suivie de phlébite, soit comme conséquence du traumatisme, soit en raison d'une irritation produite par le liquide injecté.

Telle a été, en substance, l'intéressante communication faite par M. le docteur Dujardin-Beaumetz à ses collègues de la Société médi-cale des hôpitaux. Quelques objections lui ont été adressées : M. Moutard-Martin a fait observer qu'il ne suffit pas de citer un certain nombre de guérisons, qu'il faudrait connaître le nombre des cas où la médication a été tentée, afin d'être à même d'établir dans quelle proportion elle est susceptible de réussir. M. Chauffard a contesté la valeur de la théorie qui consiste à considérer la perte du sérum du sang comme la cause de la cyanose et de l'algidité. D'autres membres de la Société ont fait remarquer que la quantité de liquide à injecter reste indéterminée, que les médecins français sont toujours demeurés, sous ce rapport, dans des limites assez restreintes, tandis qu'en Angleterre c'est par kilogrammes que les injections ont été poussées dans les veines. Mais le point sur lequel M. Dujardin-Beaumetz a surtout insisté, c'est sur la quantité de liquide à injecter; les observations des médecins écossais montrent en effet qu'ils ont obtenu de nombreux succès en injectant de grandes quantités de solution saline, jusqu'à plus de 13 kilogrammes en treize heures; aussi recommande-t-il de faire des injections notables, mais d'une façon continue.

Quoi qu'il en soit, M. Dujardin-Beaumetz a été, nous le croyons, très-heureusement inspiré en rappelant, dès le début de l'épidémie actuelle et avant qu'elle n'ait pris plus de développement (puissent nos craintes sur ce point ne pas se réaliser !) ; en rappelant, disons-nous, l'attention sur cette importante méthode qui peut paraître destinée à rendre de grands services, quand elle aura été davantage étudiée. Sans qu'on se laisse aller à l'enthousiasme, on est tout au moins autorisé à concevoir cette espérance, puisque, d'une part, son emploi a été suivi de succès incontestables et dont il serait difficile de lui dénier le mérite, et que, d'autre part, dans tous les cas où l'on y a eu recours, elle a prolongé la vie des patients. « En effet, a dit M. Dujardin-Beaumetz en terminant, le malade agonisant renaît à la vie, il reprend connaissance, il parle, il voit et reconnaît les siens; sa circulation reparaît, sa température s'élève, les sécrétions se rétablissent, l'absorption se fait, il éprouve un notable bien-être et un grand soulagement; et rien de plus curieux, de plus frappant, je dirai même de plus étonnant que cette résurrection. Cette amélioration, il est vrai, est le plus souvent passagère; mais, quelque courte

qu'elle soit, elle ne doit pas nous faire abandonner cette méthode des injections veineuses ; elle doit, au contraire, nous pousser à perfectionner ce mode de traitement et à chercher surtout les liquides les plus favorables à la circulation sanguine. »

A. G.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination. *Discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie.* Dans une des dernières séances de cette Société savante, M. Marjolin ayant dit, à propos du traitement des tumeurs érectiles, qu'il faut toujours commencer ce traitement par la vaccination sur la tumeur, cette opinion est devenue le point de départ d'une discussion instructive que nous reproduisons.

M. Blot ne partage pas la manière de voir de M. Marjolin. Depuis qu'il est chargé du service des vaccinations à l'Académie de médecine, on lui apporte chaque semaine des enfants que les parents ou le médecin veulent faire vacciner sur les tumeurs érectiles. Avoir la prétention de guérir des tumeurs érectiles, du moins certaines d'entre elles, par la vaccination, c'est commettre une erreur. On fait couler le sang et le vaccin ne prend pas ; quand le vaccin prend, on a une petite cicatrice et pas autre chose. On peut guérir ainsi des taches érectiles, mais pour les tumeurs érectiles la vaccination est insuffisante et peut même amener une hémorrhagie sérieuse.

M. Tillaux a pu guérir des tumeurs érectiles véritables du volume d'une noisette par la vaccination. Il a traversé les tumeurs avec une aiguille fine suivie d'un fil imbibé de vaccin dans le sens du grand axe, un autre fil placé dans une direction perpendiculaire au premier. L'enfant guérit.

M. Sée ayant à traiter une tache érectile, fit un cercle de piqûres vaccinales sur la peau saine autour de la tache : la guérison eut lieu.

M. Marjolin maintient ce qu'il a dit. Il faut toujours tenter en premier lieu la vaccination, quels que soient le siége, l'étendue et la profondeur de la tumeur érectile. Sur une tumeur de 2 centimètres de diamètre il met jusqu'à trente ou quarante points de vaccin, avec une aiguille excessivement fine et en faisant glisser la peau sur la tumeur avant de faire la piqûre. Quand on fait la vaccination circulaire de la peau saine, il se produit une sorte d'étranglement autour du mal. Il y a dix ans, on amena à M. Marjolin une petite fille qui avait une tumeur érectile très-volumineuse à la joue. M. Marjolin fit la vaccination ; un érysipèle survint, mais l'enfant, âgée de trois mois, guérit.

M. Després cite l'exemple de sa petite fille, qui naquit avec une tumeur érectile au bout du petit doigt. Au bout de six mois, comme la tumeur se développait rapidement, M. Després fit une simple piqûre vaccinale sur la partie saillante. La tumeur est guérie depuis un an.

M. Chassaignac a publié deux observations de vaccination des tumeurs érectiles. Dans un cas, la tumeur siégeait sur le nez ; dans l'autre cas, sur l'abdomen. Le vaccin amena des pustules, mais les tumeurs érectiles ne furent pas modifiées. Les piqûres avaient été faites dans la périphérie des tumeurs. Ce n'est pas le virus-vaccin qui guérit, c'est l'inflammation consécutive. On perd son temps à tenter la vaccination, on s'expose aux érysipèles et l'on nuit au malade. M. Chassaignac se rallie à l'opinion de M. Blot.

M. Blot trouve l'opinion de M. Marjolin trop absolue. Les taches érec-

tiles, superficielles, minces, peuvent être guéries par le vaccin; pour les tumeurs érectiles, c'est s'adresser à un procédé qui n'est pas le meilleur et qui ne doit pas réussir sur les tumeurs volumineuses et épaisses. M. Tillaux ne fait plus de la vaccination, il applique des sétons, et l'inflammation qui en résulte ne vaut pas celle déterminée par les caustiques; un stylet rougi au feu donnerait un meilleur résultat. Si sur quinze piqûres trois ou quatre seulement donnent des pustules vaccinales, il faudra employer un autre procédé. Enfin, M. Blot redoute beaucoup l'érysipèle chez les nouveau-nés.

M. Marjolin applique le procédé à tous les cas, mais il ne dit pas que le moyen réussit toujours; l'inflammation plus ou moins considérable qui accompagne l'évolution vaccinale doit être mise à profit pour la cure des tumeurs érectiles, et si l'on n'obtient qu'un demi-succès, on aura une chance meilleure avec un autre procédé, et peut-être une guérison spontanée.

M. Guéniot a vu souvent chez les nouveau-nés une vascularisation légère du derme, au niveau des paupières ou des lèvres; une grande proportion de ces taches disparaît spontanément dans les six premiers mois. — M. Marjolin ne les range pas dans les tumeurs érectiles.

M. Tarnier a aussi observé ce développement vasculaire qui disparaît spontanément et qui n'a rien des tumeurs érectiles. M. Tarnier a vu beaucoup d'enfants qui ne présentent aucune tache dans les premiers jours de la naissance; quelques jours après une élevure rouge-groseille apparaît, puis elle augmente surtout en largeur; les vaisseaux y sont petits. Ces taches guérissent spontanément. Alors, vers le milieu de la tache, se montre un tissu blanchâtre, d'apparence cicatricielle, qui s'étend peu à peu et remplace le tissu rougeâtre. Dans ces cas, il est bon d'observer les enfants pendant plusieurs mois; si la tache augmente au lieu de disparaître, on peut tenter la vaccination.

M. Depaul vient donner le résultat de son expérience sur la vaccination des tumeurs érectiles; il ne faut pas confondre les tumeurs et les taches. On observe ces dernières à peu près constamment, chez les nouveau-nés, sur le front, les paupières, les lèvres; il ne faut pas y toucher, elles ne deviennent jamais des tumeurs érectiles.

M. Depaul a guéri par la vaccination des tumeurs érectiles, dont plusieurs siégeaient sur la muqueuse des lèvres, d'autres sur le crâne au niveau des sutures. Quelles sont les tumeurs que l'on peut guérir? On guérit presque à coup sûr avec le vaccin les tumeurs dont l'étendue ne dépasse pas celle d'une pièce de 1 franc; les tumeurs de l'étendue d'une pièce de 5 francs d'argent ne guérissent presque jamais complètement. Sur une surface de l'étendue d'une pièce de 1 franc, M. Depaul fait jusqu'à douze piqûres; l'hémorrhagie est insignifiante: sur cent cinquante cas environ, il n'a jamais eu d'hémorrhagie sérieuse, et cependant il vaccine profondément. Il est des points de la figure, aux paupières par exemple, où il y a grand avantage à employer la vaccination.

M. Trélat est de l'avis de M. Depaul, mais il est des cas où l'on ne peut pas employer la vaccination; par exemple, une tache érectile semble devoir guérir; plus tard elle se transforme et devient tumeur érectile au bout de quelques années; alors on n'a plus la ressource du vaccin. L'hémorrhagie n'est pas à craindre, cependant il vaut mieux vacciner superficiellement. (Séances des 1er et 8 oct., in *Gaz. hebd.*)

Sur la prétendue innocuité du protoxyde d'azote. Nous avons enregistré, il y a quelques semaines (nº du 30 juillet), une note présentée à l'Académie des sciences par MM. Jolyet et Blanche, note dans laquelle se trouvaient exposés les résultats de leurs recherches expérimentales sur l'action du gaz que nous venons de nommer. La conclusion dernière des auteurs était que, « si ce gaz respiré pur produit, à un certain moment, l'anesthésie, c'est par privation d'oxygène dans le sang, c'est-à-dire par asphyxie. »

A l'occasion d'une communication sur le même sujet, faite par MM. Jolyet et Blanche à la Société de biologie, et qui se termine par une conclusion identique, M. le professeur Charcot a rappelé l'emploi que font cependant certains praticiens, et en particulier les dentistes, du protoxyde

d'azote comme anesthésique. Il a lui-même assisté à l'administration du gaz sur un patient, et il a pu constater l'état extrêmement grave, au moins en apparence, où celui-ci s'est trouvé pendant quelques instants, la respiration ralentie, le regard fixe, la figure cyanosée, rappelant certains phénomènes de l'agonie. A la vérité, après le réveil, le malade n'a paru éprouver aucun accident et s'est remis tout de suite.

MM. Blot, Dumontpallier, Laborde, ont exprimé aussi quelques réserves sur la constante innocuité prétendue du protoxyde d'azote soit dans la pratique dentaire, soit dans la pratique obstétricale où on l'a également employé.

M. Magitot a remis une note sur le même sujet. Il partage entièrement le sentiment exprimé sur l'emploi chirurgical de ce gaz. Le nombre des cas de mort *connus* s'accroît de jour en jour et, dans tous ceux qui ont été quelque peu étudiés, l'accident a été le résultat de l'asphyxie. Quelques autopsies ont été faites et ont démontré pleinement ce mécanisme.

Il a rappelé, sans aucune prétention de priorité toutefois, qu'il a fait, avec M. Krishaber et quelques membres d'une Société médicale de Paris, une série d'expériences, qui ont donné des résultats, chez l'homme et les animaux, conformes à ceux de MM. Jolyet et Blanche, résultats qui ont été consignés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Un fait particulier, noté par MM. Jolyet et Blanche, la persistance de la sensibilité chez les animaux plongés dans le gaz pur, a été constaté également par lui, M. Krishaber et leurs confrères, et cette particularité leur paraît tenir à ce que l'on fait respirer le protoxyde d'azote à la pression simple d'une atmosphère. Aussi est-il nécessaire, lorsqu'on veut pratiquer l'anesthésie, de faire dans un temps très-court pénétrer par les poumons un volume de gaz qui, sans être très-considérable, doit être soumis à une portion très-forte. Dans ces conditions, on voit alors rapidement survenir l'anesthésie et avec elle des phénomènes asphyxiques qui ne permettent pas de prolonger au delà de quelques secondes la durée d'une opération quelconque. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, fasc. 2, 1873.)

REVUE DES JOURNAUX

Résultats obtenus par la méthode d'Esmarch pour éviter les pertes sanguines dans les opérations, pratiquées sur les extrémités. La méthode préconisée par Esmarch, au congrès chirurgical de Berlin (avril 1873), consiste à enrouler fortement autour du membre, à partir de son extrémité, une bande élastique qui refoule complètement le sang des parties ainsi comprimées. En faisant ensuite avec un fort tube de caoutchouc une ligature serrée autour, à la partie supérieure de l'appareil, le membre débarrassé de la bande roulée demeure exsangue. Outre l'avantage de conserver à l'opéré une certaine quantité de sang nécessairement perdue dans les amputations avec compression sur l'artère seulement, on a l'avantage de pouvoir opérer à sec, sans épouges, comme sur le cadavre.

Billroth, qui depuis cette communication a employé ce procédé, confirme absolument les assertions d'Esmarch : l'anémie locale produite par ce moyen est complète, presque effrayante, dit-il. Onze opérés guéris ou près de l'être, sur quatorze, montrent que la méthode d'Esmarch n'a pas d'influence défavorable sur les suites de l'opération.

Billroth termine par un aperçu historique : un chirurgien de Padoue se serait servi, en 1871, d'un procédé identique pour les amputations ; Esmarch a été le premier, en Allemagne, à l'employer en le généralisant. (*Wien. med. Wochensc.*, et *Revue des sc. méd.*, t. II, nº 2.)

VARIÉTÉS

Assainissement des terrains marécageux par l'*eucalyptus globulus* ;

Par M. le docteur Gimbert (de Cannes).

D'après des documents qui nous parviennent de tous côtés et des sources les plus sérieuses, il paraît acquis à l'hygiène et à l'agriculture que la fièvre intermittente disparaît là où prospère l'*eucalyptus globulus*. Un arbre qui pousse avec une rapidité incroyable, qui peut absorber dans le sol dix fois son poids d'eau en vingt-quatre heures, qui répand dans l'atmosphère des émanations camphrées antiseptiques, devait à coup sûr jouer un rôle très-important dans l'assainissement des contrées miasmatiques. Grâce à ces propriétés singulières, il était capable de pomper directement et rapidement l'eau des marécages superficiels, de prévenir les fermentations qui s'y produisent et de paralyser, par ses effluves, les miasmes animalisés qui pouvaient en provenir. Ces prévisions, énoncées en 1869 (1), se réalisent tous les jours. Il suffira de relater ici quelques-uns des nombreux résultats d'assainissement produits par ce végétal pour convaincre le lecteur.

Les Anglais ont fait les premiers essais de plantations assainissantes dans la colonie du Cap. En deux ou trois années, ils ont changé les conditions climatériques et l'aspect des régions insalubres de leur possession.

Quelques années après, les Algériens répandirent l'*eucalyptus* dans notre Afrique. Voici quelques-uns des résultats obtenus.

« A 32 kilomètres d'Alger, à Fondouck, dit M. Trottier (2), je possédais une propriété dont l'habitation se trouvait près de la rivière Hamyze qui, par ses émanations, donnait chaque année la fièvre paludéenne aux fermiers et à leurs serviteurs. Au printemps de l'année 1867, je plantai sur cette ferme treize mille *eucalyptus globulus* ; en juillet 1867, époque où les fièvres commencent à sévir, les fermiers eurent une immunité complète. Les arbres cependant avaient à peine 2 ou 3 mètres d'élévation. Depuis lors, la population sédentaire a été exempte de fièvres. »

La ferme de Ben-Machydlin, dans les environs de Constantine, était, il y a quelques années, réputée par son insalubrité (3) ; elle était cou-

(1) *Bulletin de la Société des sciences de Cannes*, 1869.

(2) Extrait d'une lettre que M. Trottier a bien voulu m'écrire, le 19 novembre 1782.

(3) Rouverel-Watel, *Bulletin de la Société d'acclimatation*, 1872.

verte de marécages en hiver et en été. Aujourd'hui tout cela a disparu. Quatorze mille pieds d'*eucalyptus* ont desséché complétement le sol en cinq ans ; ils répandent constamment dans l'atmosphère des vapeurs aromatiques. Les fermiers n'ont plus la fièvre ; leurs enfants sont brillants de santé et de vigueur.

L'usine du Gué de Constantine était entourée d'un marécage dont les émanations pestilentielles rendaient le fonctionnement de l'établissement impossible pendant l'été. M. Saulière eut l'idée de semer dans ces mares une grande quantité d'*eucalyptus* ; en trois années, 5 hectares de sol bourbeux se sont convertis en un magnifique parc. Les eaux ont été littéralement bues par les arbres, et les ouvriers n'ont plus la fièvre.

La même révolution hygiénique s'est opérée, par suite de grandes plantations d'*eucalyptus globulus*, dans la ferme de la Maison-Carrée, située dans ces parages, et dans laquelle les habitants succombaient à l'impaludisme.

Ces grands et rapides succès sont consignés dans un rapport fait par un jury agricole, et ne sont point, par conséquent, le fait d'une illusion personnelle.

Des propriétaires de Cuba, auxquels nous devons accorder toute créance, nous ont affirmé que, dans les régions malsaines de l'île où l'on plante l'*eucalyptus* depuis quelques années, on voit les maladies paludéennes ou telluriques disparaître.

Au dire de Ramel, l'Australie est salubre là où prospère l'*eucalyptus*, morbigène dans les parties où l'arbre n'existe pas.

Sur les rives du Var, il existe, à l'entrée du pont du chemin de fer, une maison de garde-barrière voisine de terrassements, de colmatages, que l'on avait dû faire lorsqu'on endigua la rivière pour bâtir le pont. Cette maison était meurtrière ; toutes les années, on était obligé de changer les gardiens, dont l'impaludisme ruinait la santé. M. Villard, ingénieur de cette section du chemin de fer, fit planter, il y a deux ans, quarante arbres dans le voisinage de l'habitation ; dès cette année, les employés de la voie furent préservés de la fièvre et, depuis lors, ce poste est un des plus sains de la contrée.

Cet exposé nous dispense de faire ressortir toute l'importance de pareils résultats, et nous serions heureux si nous pouvions provoquer de la part des particuliers ou du gouvernement des applications de ce procédé d'assainissement. (Extrait des *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 6 octobre 1873.)

Trocart suspenseur a rainure conductrice. — M. le docteur Verneuil a présenté à l'Académie de médecine (séance du 7 octobre), de la

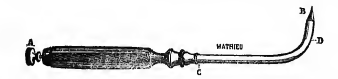
part de M. le docteur Mallez, un instrument et une note dont voici l'analyse :

Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître que, dans la taille sus-pubienne (procédé de Rousset ou de Baudens), où l'on n'ouvre pas la vessie, comme dans celui du Frère Côme, de dedans en dehors, mais bien de dehors en dedans, le temps le plus difficile de l'opération est celui dans lequel on divise la paroi vésicale.

Si on a pratiqué une injection d'eau (procédé de Rousset), on risque de la voir s'épancher dans le bassin ; si, au contraire, on a incisé directement sur la pierre (procédé de Baudens), lorsque le calcul est volumineux et que le sujet a peu d'embonpoint, il arrive quelquefois que ce n'est pas sans peine qu'on peut saisir les lèvres de la plaie.

Leroy d'Etiolles, Amussat et autres ont inventé, dans le but de parer à ces difficultés et à ces dangers, des crochets suspenseurs, mais ces instruments offrent tous l'inconvénient de ne soulever la vessie que lorsque celle-ci est déjà divisée.

Par le trocart courbe dont voici la figure et la description, et qu'en



raison de sa double action M. Mallez appelle *trocart suspenseur à rainure conductrice*, ce chirurgien a voulu remédier aux inconvénients que l'on avait déjà reconnus aux crochets suspenseurs, à l'époque où l'on faisait le plus fréquemment la taille sus-pubienne. Ce trocart, construit par M. Mathieu, sur les indications de M. Mallez, est courbe ; sa canule est munie d'une rainure CD, qui permet de guider le bistouri pour pratiquer l'incision de la vessie, et la pointe B du trocart se cache par une simple traction sur le bouton A.

Lorsque la paroi abdominale est divisée, et que la vessie apparaît distendue, on y plonge le trocart, et en relevant le bouton A avec le pouce la pointe B disparaît dans la canule, qui sert alors de crochet suspenseur mousse, la concavité en haut.

On saisit immédiatement le bistouri dont on fait glisser la pointe dans la rainure CD, pratiquée sur la convexité de la canule. Le point où l'on a plongé la canule marque, par sa distance au pubis, la longueur de l'incision.

Dans une taille hypogastrique, que M. Mallez a faite il y a quelque temps, cet instrument a été employé avec succès devant un certain nombre de chirurgiens.

Faculté de médecine de Paris. — Les cours de la Faculté commenceront à partir du mardi 4 novembre. Les consignations pour les examens seront reçues à partir du lundi 20 octobre.

Ecole de médecine de Lyon. — M. le docteur Bergeon est nommé suppléant de thérapeutique et matière médicale.

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur Crouigneau, suppléant, est nommé suppléant honoraire.

Ecole de médecine de Grenoble. — Par un décret du Président de la République française en date du 6 septembre, l'enseignement à l'Ecole de Grenoble est réorganisé ainsi qu'il suit :

1° Accouchements, maladies des femmes et des enfants; — 2° Anatomie ; — 3° Clinique externe ; — 4° Clinique interne ; — 5° Thérapeutique et histoire naturelle médicale (chaire transformée) ; — 6° Pathologie externe ; — 7° Pathologie interne ; — 8° Pharmacie et matière médicale ; — 9° Physiologie ; — 10° Chimie et toxicologie (chaire nouvelle).

Académie de médecine. — Ont été élus membres correspondants étrangers : M. van Beneden (de Louvain), dans la section d'anatomie et pathologie, pathologie médicale, thérapeutique, etc.; — M. Barns (de Washington), dans la section de pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements (séance du 14 octobre).

Société de chirurgie. — M. le docteur Ledentu a été élu membre titulaire (séance du 9 juillet).

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République française, en date des 6 et 10 octobre, ont été promus ou nommés :

Au grade d'officier : M. le docteur Thomas, chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers.

Au grade de chevalier : MM. Laroche, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Angers, ancien professeur à l'Ecole de médecine de cette ville ; — Leroux, médecin de l'hôpital de Versailles ; — Martin, médecin en chef de l'hôpital de Nevers ; — Collin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré (Nièvre) ; — Bossu, médecin de l'infirmerie de Marie-Therèse, rédacteur en chef de *l'Abeille médicale*, auteur de plusieurs ouvrages scientifiques ; — Graffan, ancien chirurgien militaire ; — Lacan, chirurgien sous-aide en retraite.

Récompenses honorifiques. — Par décret en date du 20 septembre 1873, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, des récompenses honorifiques ont été accordées aux médecins des Sociétés de secours mutuels ci-après dénommés :

Médailles d'or : MM. Devillers (Jean-Baptiste), médecin de la Société des ouvriers typographes d'Arras (Pas-de-Calais) ; — Dunoyer, vice-président et médecin de la Société municipale des quartiers de la Monnaie et Saint-Germain-des-Prés, à Paris (Seine) ; — Havard-Duclos (Henri), président et médecin de la Société des ouvriers de Vitré (Ille-et-Vilaine) ; — Tribes (Edouard), médecin de la Société de Saint-Charles-Borromée, à Nîmes (Gard).

Médailles d'argent : MM. Amussat, chirurgien consultant de la Société protestante de prévoyance, à Paris (Seine) ; — Berigny (Louis-Adolphe), membre et médecin de la société *la Mutualité* (ouvriers de Versailles — Seine-et-Oise) ; — Chenut (Pierre), président et médecin de la Société de Belvès (Dordogne) ; — Desruelle, médecin et membre honoraire de la Société des garçons de caisse et de recettes, à Paris (Seine) ; — Janoyer (Henri-Julien), médecin de la société *la Prévoyante*, à Tain (Drôme) ; — Mallet (Louis-Denis-Adolphe), médecin de la société *la Prévoyance*, à Ezy (Eure) ; — de Montessus (Ferdinand-Bernard), membre honoraire et médecin de la Société de Saint-François-Xavier, à Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire) ; — Naret, médecin et administrateur de la Société des huissiers, garçons de bureaux et gens de service des administrations publiques, à Paris (Seine).

Médailles de bronze : MM. Albespy (François), médecin de la Société des sapeurs-pompiers de Rodez (Aveyron) ; — Porcheron, médecin et membre honoraire de la Société de Saint-François-Xavier (paroisse de Saint-Eustache), à Paris (Seine) ; — Pouliot (Théodore), médecin de la société *l'Union* et de la Société de la ville, à Saint-Junien (Haute-Vienne).

Jurisprudence. *Sociétés de secours mutuels.* — Le tribunal civil de Lyon vient de rendre un jugement qui intéresse toutes les Sociétés de secours mutuels. Il a décidé, dans son audience du 30 juillet, qu'une Société de secours mutuels avait le droit d'expulser un sociétaire qui fait un usage abusif des remèdes alloués aux sociétaires malades ; qu'en effet un membre qui se fait délivrer, à l'aide de manœuvres contraires au règlement, des médicaments excédant ses besoins personnels, manque à ses engagements d'associé et porte atteinte aux droits de la Société. (*Un. méd.*)

Le choléra a Paris. — Le bulletin sanitaire de la ville de Paris a enregistré pour la semaine finissant le 10 octobre : choléra, 43 décès ; choléra infantile, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 26. — Pour la semaine finissant le 17 octobre : choléra, 55 décès ; choléra infantile, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 14. — Pour la semaine finissant le 24 octobre : choléra, 54 décès ; choléra infantile, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 17.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Étude sur le spasme des voies biliaires, à propos du traitement de la colique hépatique ;

Par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux.

L'étude du traitement de la colique hépatique ne peut, à notre avis, donner des résultats profitables qu'autant qu'elle sera basée sur l'examen attentif des phénomènes que détermine la présence des corps étrangers dans les voies biliaires, et parmi ces derniers il nous a semblé que le spasme de ces conduits occupait la place la plus importante ; aussi nous sommes-nous proposé dans ce travail d'examiner à nouveau, par des recherches physiologiques et anatomiques, ce point capital de la physiologie pathologique des coliques hépatiques.

Mais, avant d'exposer les résultats de nos expériences et les conséquences thérapeutiques qui en découlent, nous allons résumer brièvement les doctrines qui ont régné dans ces dernières années pour expliquer l'enchaînement des phénomènes douloureux qui se produisent dans la colique hépatique, et montrer sur quelles données anatomiques et physiologiques étaient basées les différentes opinions présentées jusqu'à ce jour.

Lorsqu'on parcourt les nombreux ouvrages qui traitent de la colique hépatique, il est un point qui vous frappe tout d'abord : c'est que l'on accepte le plus ordinairement la succession des phénomènes morbides qui la constituent sans en chercher l'explication physiologique. Les auteurs parlent de névralgies, de spasmes, etc., sans discuter la possibilité ou l'impossibilité de ces différents symptômes ; il manque, en un mot, même dans les ouvrages les plus récents, une bonne physiologie pathologique des coliques hépatiques. Cette lacune fort regrettable sera bientôt comblée, grâce aux nouvelles recherches faites à ce sujet par un de nos élèves, M. le docteur Audigé.

On peut cependant voir que, sans la discuter, presque tous les médecins adoptent l'idée d'une contracture tonique et spasmodique des voies d'excrétion de la bile, contraction qui gêne la marche des calculs et qui entre pour une part plus ou moins

grande dans la cause première des accès douloureux observés dans la colique hépatique.

Beau (1), dans sa doctrine de l'hépatalgie, doctrine à laquelle les expériences de Wolff (2) ont porté un coup sensible, faisait jouer à la douleur le rôle principal, laissant dans l'ombre et sur un plan tout à fait secondaire le spasme des conduits biliaires ; c'est à peine si dans son travail ce mot est même prononcé ; pour le savant médecin de la Charité, l'irritation déterminée par l'introduction dans le foie de principes irritants était le point de départ de la névralgie hépatique.

Trousseau (3), qui a tracé d'ailleurs de main de maître le tableau de la colique hépatique, est beaucoup plus affirmatif au sujet du spasme des voies biliaires ; cette contraction spasmodique, jointe à l'irritation de la surface interne des conduits, expliquerait l'intensité et la forme même des accès douloureux de la colique hépatique. Il base d'ailleurs cette manière de voir sur des données anatomiques fort précises et qui accordent aux conduits excréteurs de la bile, et en particulier à la vésicule biliaire, une couche musculeuse fort active, produisant, comme le dit Trousseau lui-même, par ses contractions, *l'éjaculation* de la bile dans l'intérieur du duodénum.

Mais le médecin qui, dans ces dernières années, a poussé le plus loin la doctrine du spasme est à coup sûr le docteur Sénac. Dans son remarquable travail sur le traitement des coliques hépatiques (4), il prétend que « les accès douloureux qui caractérisent la colique hépatique ne sont dus ni à la distension des conduits biliaires ni aux érosions de leur paroi interne, mais bien à un autre élément externe et signalé par presque tous les auteurs : le spasme de ces conduits. »

Et dans les conclusions qui terminent le chapitre qui a trait à l'interprétation des symptômes, il revient sur cette idée exclusive en disant que « la douleur violente qui accompagne la colique hépatique est due aux contractions expulsives elles-mêmes, plutôt

(1) Beau, *Archives générales de médecine*, année 1851, p. 397.

(2) *Beiträge zur Symptomalologie und Diagnostik der Gallensteine*, von D.-C. Wolff, in Bonn. *Virchow's Archiv*, 1861.

(3) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1862, t. II, p. 525.

(4) *Du Traitement des coliques hépatiques*, par H. Sénac. Paris, 1870, p. 51.

qu'à la distension des conduits biliaires, à laquelle on l'a souvent attribuée. »

Cette doctrine, qui fait jouer à la contraction spasmodique douloureuse le premier rôle dans la colique hépatique, nous la voyons aussi défendue par le docteur Martineau (1) ; ce dernier, adoptant les opinions de Traube et de G. Sée (2), qui veulent que la colique ne soit qu'une contraction douloureuse, soutient qu'à ce titre et grâce à la structure des conduits excréteurs de la bile, les accès douloureux dus à la lithiase biliaire doivent rentrer, au point de vue de la pathologie générale, dans le groupe des coliques proprement dites.

L'école allemande, et Frerichs (3) en particulier, tout en faisant jouer au spasme un rôle secondaire et tout en déniant aux conduits biliaires la possibilité de se contracter d'une façon assez énergique pour produire l'ictère dit *spasmodique*, ne repoussent pas complétement la possibilité de ce dernier dans les coliques hépatiques.

Comme on le voit par ce court résumé, l'idée du spasme est généralement adoptée à des degrés divers : pour les uns, c'est l'élément primordial ; pour les autres, au contraire, il se joint à l'irritation et à la distension des canaux biliaires.

Les affirmations des uns et les restrictions des autres sont-elles basées sur des connaissances positives de l'anatomie et de la physiologie des voies d'excrétion de la bile ? Pour répondre à cette question, nous allons résumer les opinions qui ont eu cours jusqu'à ce jour sur ce point de l'anatomie et de la physiologie de la glande hépatique.

Pour les physiologistes l'accord paraît aussi complet que possible et tous ont vu chez les animaux, à des degrés variables, se produire les contractions des conduits excréteurs de la bile. Magendie (4) seul s'élève contre cette manière de voir : il n'a jamais vu, dans ses nombreuses vivisections, de traces de contractilité soit dans la vésicule, soit dans les conduits hépatique et cystique ; il avait essayé cependant, pour les provoquer, l'emploi de tous les

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VIII, p. 709.

(2) Clinique, hôpital de la Charité.

(3) Frerichs, *Traité des maladies du foie*. Paris, 1862.

(4) Magendie, *Traité élémentaire de physiologie*, t. II, p. 465, édition de 1828.

excitants qui mettent en jeu les contractions intestinales et vésicales.

Fantoni, Borrichius, Rudolphi avaient cependant observé, chez les oiseaux en particulier, des contractions non-seulement de la vésicule biliaire, mais encore du canal cholédoque ; Haller (1) avait aussi fait les mêmes remarques ; Meyer (2) avait constaté, lui, que l'électricité pouvait amener la contraction de la vésicule biliaire, et Muller (3), qui rapporte ce fait, a même vu, chez des oiseaux récemment mis à mort, des contractions vermiformes se produire de bas en haut, c'est-à-dire de l'intestin vers la vésicule biliaire.

Chez le chien, Brücke, un des premiers, a reconnu la contractilité de la vésicule biliaire, et M. Colin, chez les animaux supérieurs, le bœuf et le cheval, a trouvé que les canaux biliaires se contractaient sensiblement, mais que cette contraction était faible et que jamais le calibre du canal n'était totalement affaissé (4) ; enfin, pour terminer ce qui a trait à cette question, disons que dans les traités de physiologie classiques de Longet, de Béclard, cette contractilité des conduits biliaires est admise.

Mais, au point de vue de la structure de ces conduits et en particulier de la présence d'une couche musculeuse, les anatomistes sont loin de présenter le même accord que les physiologistes, et tandis que nous verrons certains d'entre eux affirmer la présence d'une couche très-complexe d'éléments contractiles, nous verrons les autres la repousser complétement.

M. Sappey (5) appartient au premier groupe; il décrit, aux conduits excréteurs de la bile, une tunique musculeuse très-riche en fibres lisses. M. Fort va plus loin encore et trouve dans cette même couche trois plans à directions variables, composés de fibres longitudinales, obliques et circulaires.

L'examen histologique a fait diminuer de beaucoup la quantité de ces fibres. Kölliker (6) et Leydig (7) prétendent qu'il n'existe pas

(1) Haller, *Elementa physiologiæ*, t. VI, p. 549. 1756.
(2) Meyer, *De musculis in ductibus efferentibus glandularum*. Berlin, 1837.
(3) Muller, *Manuel de physiologie*, t. I, p. 378. 1845.
(4) Colin, *Physiologie et anatomie comparées*, t. I, 2e édit., p. 785, etc.
(5) Sappey, *Anatomie descriptive*, Splanchnologie, p. 340.
(6) Kölliker, *Traité d'histologie*, p. 569.
(7) Leydig, *Traité de l'histologie de l'homme et des animaux*, traduit de l'allemand par Lahilonne, Paris, 1866.

de couche musculeuse proprement dite, mais quelques faisceaux de fibres musculaires rares et isolés. Dans la vésicule cependant ces fibres sont plus nombreuses, elles forment une couche très-mince que Henle et Ebert ont constatée ; ces derniers pourtant les nient dans les conduits excréteurs, et Frey (1), comme Virchow, partage l'opinion de ces derniers, car il prétend que les nouvelles recherches n'ont pas confirmé la présence de fibres-cellules contractiles à direction longitudinale dans les gros conduits excréteurs de la bile.

Cependant, dans les cas pathologiques où la vésicule biliaire et les conduits excréteurs ont été soumis à des causes d'irritation prolongée, on voit se développer d'une façon anormale la couche musculeuse ; c'est ainsi que Bouisson (2) a pu observer, chez une femme atteinte de lithiase biliaire, une tunique musculeuse présentant deux couches fort distinctes. Ce même fait avait été constaté par le docteur Hérard dans un cas de cancer des voies biliaires, et à propos de la discussion qui eut lieu à la Société anatomique à la suite de ces présentations, nous voyons Deville, Barth et Broca (3) soutenir la possibilité de l'hypertrophie des couches musculeuses sous l'influence des causes morbides.

Telles sont, en résumé, les connaissances que nous possédons sur l'anatomie et la physiologie des conduits excréteurs de la bile. Pour les anatomistes, négation d'une couche musculeuse bien nette dans les conduits excréteurs de la bile ; c'est à peine si les plus affirmatifs admettent l'existence de quelques rares faisceaux de fibres lisses ; pour les physiologistes, au contraire, sauf Magendie, affirmation, du moins chez les animaux, de contractions évidentes.

Voyons maintenant les résultats auxquels nous ont conduit les recherches que nous avons instituées à cet égard. Nous commençons tout d'abord par le résultat de nos expériences physiologiques ; elles ont été faites sur des chiens avec le concours de M. Audigé, dans le laboratoire de M. Béclard et sous la direction de M. Laborde, que nous sommes heureux ici de remercier de son bienveillant concours. Nous ne signalerons que les prin-

---

(1) Frey, *Traité d'histologie*, traduit de l'allemand par Spillmann, p. 610.

(2) Bouisson, *De la bile, de ses variétés physiologiques et de ses altérations morbides*. Montpellier, 1843.

(3) *Société anatomique*, année 1850, p. 87.

cipaux résultats, renvoyant pour les détails au travail que doit faire paraître très-prochainement M. Audigé.

Lorsque sur les chiens on irrite les conduits excréteurs de la bile soit par l'application de courants électriques légers, soit par des injections irritantes dans ces mêmes conduits, on observe manifestement, aussi bien dans la vésicule biliaire que dans les conduits cystique et cholédoque, des contractions musculaires qui non-seulement aplatissent ces conduits, mais encore rapprochent leurs extrémités l'une vers l'autre, produisant ainsi un véritable mouvement *vermiforme*, comme le disait Muller, et qui se fait tantôt de la vésicule biliaire vers l'intestin, tantôt de l'intestin vers la vésicule biliaire. Sous l'influence de ces contractions le diamètre du conduit se rétrécit d'une façon active ; de telle sorte qu'un stylet que l'on introduit dans l'intérieur du canal cholédoque par une fistule pratiquée à ce conduit y détermine un spasme assez intense pour empêcher sa sortie immédiate.

Il y a plus, lorsque l'on fait une fenêtre au duodénum, on peut observer que sous l'influence de ces excitations il se fait un jet de bile par l'ampoule de Waters, et jamais comparaison ne fut plus juste que celle de Trousseau parlant des éjaculations biliaires. Enfin notons l'extrême sensibilité de la muqueuse qui tapisse les conduits biliaires ; une injection d'eau légèrement acidulée par de l'acide nitrique, faite dans les voies biliaires, détermine des douleurs horribles chez les animaux. C'est là un point important à noter et sur lequel nous reviendrons plus tard.

Ainsi donc, chez le chien, il n'est pas douteux un seul instant qu'il existe non-seulement une contraction évidente de la vésicule biliaire, mais encore un spasme tonique très-manifeste, qui se produit non-seulement dans le canal cystique, mais encore dans le canal cholédoque.

Quant à l'examen histologique des conduits excréteurs de la bile, il a été fait par notre ami le docteur Grancher, chef des travaux histologiques à l'amphithéâtre des hôpitaux, dont tout le monde connaît la compétence en pareille matière, et voici en résumé le résultat auquel il est arrivé.

M. Grancher a étudié le canal cholédoque d'un homme âgé de cinquante-quatre ans. Voici quelle est la structure de ce conduit au point de vue des fibres musculaires qu'il peut contenir : au-dessous de l'épithélium on trouve une très-légère couche semée de très-

rares noyaux ovalaires, couche essentiellement conjonctive et très-adhérente au tissu sous-jacent; ce tissu, qui forme la vraie paroi du canal cholédoque, est remarquable par sa richesse en fibres élastiques fines, serrées, au milieu d'un tissu conjonctif très-pauvre en cellules; à mesure qu'on s'éloigne de la cavité du canal cholédoque, cette couche conjonctive élastique change et la disposition réciproque de ces élements se modifie; on trouve là de vrais faisceaux conjonctifs et des fibres élastiques ondulées entrelacées, rappelant l'apparence des mêmes éléments dans le tissu conjonctif sous-cutané. C'est par une transition insensible que cette différence d'aspect des fibres élastiques et du tissu conjonctif se présente, à mesure qu'on s'écarte de la lumière du canal. On peut donc diviser la paroi propre du canal cholédoque en trois tuniques qui se confondent insensiblement : une tunique interne conjonctive et sous-épithéliale, une tunique moyenne conjonctive à fibres élastiques très-serrées, et une tunique externe à faisceaux conjonctifs et à fibres élastiques ondulées. C'est dans cette dernière couche qu'on trouve çà et là quelques rares éléments de fibres musculaires lisses; ils sont si peu nombreux, que leur existence peut être à la rigueur contestée; mais il faut observer qu'il s'agit dans ce cas d'un homme déjà vieux, chez lequel ces éléments ont pu s'atrophier.

M. Renaut, répétiteur d'histologie au Collége de France, qui a bien voulu aussi nous fournir une note sur ce sujet et qui nous a donné un remarquable dessin d'une coupe histologique du canal cholédoque chez l'homme, confirme en tous points les recherches de M. Grancher, sauf en ce qui concerne les fibres musculaires lisses, qui sont plus nombreuses sur son dessin que sur les préparations de M. Grancher, ce qui tient probablement à l'âge différent des individus dont on a étudié le canal cholédoque. De plus, M. Grancher signale l'existence, dans la lumière du canal cholédoque, de prolongements papillaires assez nombreux qu'on retrouve également sur le dessin de M. Renaut. Il était un point important à connaître, c'était de savoir quelle différence il pouvait exister entre le canal cholédoque de l'homme et celui du chien, animal sur lequel, comme on l'a vu plus haut, les expériences physiologiques avaient été faites. M. Grancher a étudié comparativement le canal cholédoque de l'homme et celui du chien. Il a constaté que chez le chien : 1° la tunique interne est plus riche en noyaux;

2° la tunique moyenne, moins riche en fibres élastiques, se compose de faisceaux conjonctifs très-développés, qui prennent sous l'influence de l'acide acétique l'apparence étoilée bien connue de ce tissu ; 3° la tunique externe, qui contient les mêmes faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques ondulées qu'on trouve chez l'homme, porte en outre d'abord des artérioles à parois très-épaisses et très-musculaires, ensuite de véritables faisceaux de fibres musculaires lisses disséminés et surtout longitudinaux. Il n'y a pas cependant de véritable couche musculaire.

On peut donc accepter que chez le chien les fibres musculaires lisses sont beaucoup plus abondantes que chez l'homme, et peut-être peut-on trouver dans l'existence de papilles à la surface interne de ce conduit l'explication de sa sensibilité excessive.

Par tout ce qui précède on voit donc qu'il existe des faisceaux de fibres musculaires lisses, non-seulement dans la vésicule, mais encore dans les conduits excréteurs ; que ces faisceaux longitudinaux, peu nombreux chez l'homme, le sont davantage chez les animaux ; et que, sous l'influence de causes d'irritation prolongée, on les voit prendre un plus grand développement.

Si l'on se reporte maintenant aux résultats de nos expériences physiologiques, on voit qu'elles concordent parfaitement avec les données anatomiques et qu'il est évident qu'il existe et qu'il peut exister une contraction spasmodique de ces conduits.

Cette contraction spasmodique, grâce à la disposition longitudinale des faisceaux musculaires, devra surtout porter sur la longueur des conduits cholédoque et cystique, produisant ce mouvement vermiforme que Muller a signalé le premier ; nous avons d'ailleurs une preuve évidente de ce mouvement par la marche des corps étrangers que l'on introduit artificiellement dans le canal cholédoque. En effet, que l'on fasse pénétrer dans le canal cholédoque d'un chien, par l'ampoule de Waters, plusieurs corps étrangers, on trouvera toujours à la mort de l'animal, qui survient deux ou trois jours après, quelques-uns de ces corps étrangers dans la vésicule biliaire.

Nous avons, M. Audigé et moi, répété un très-grand nombre de fois ces expériences ; les résultats ont été constamment les mêmes. Ce fait, qui nous paraît démontré d'une façon rigoureuse, nous prouve que l'absence des calculs dans les garde-robes après la colique hépatique, n'implique pas nécessairement la nature non

calculeuse de la colique, puisque le corps étranger, après avoir cheminé vers l'ampoule de Waters, peut retourner, par le fait des contractions spasmodiques déterminées par sa présence, dans la vésicule biliaire.

Une fois ce premier point acquis, la question de la colique hépatique prend à nos yeux une précision qu'elle n'avait pas jusqu'ici. Qu'on se rappelle en effet cette sensibilité excessive de la muqueuse des voies biliaires, et l'on comprend alors facilement comment les calculs les moins volumineux, la gravelle biliaire de Fauconneau-Dufresne, peuvent déterminer des coliques tout aussi douloureuses que les calculs de volume plus considérable.

Les phénomènes réflexes, qui partis de la muqueuse biliaire déterminent d'abord le spasme douloureux, puis les phénomènes multiples qui caractérisent la colique hépatique, peuvent-ils se développer en dehors de la présence de corps étrangers? Nous pensons, sans toutefois l'affirmer, que ce spasme peut être idiopathique et que l'hépatalgie liée au spasme, quoique très-rarement observée, n'en existe pas moins.

Enfin il est un point sur lequel nous voulons appeler l'attention, c'est l'augmentation de la couche musculeuse que l'on constate chez les sujets porteurs de calculs biliaires. Cette hypertrophie nous explique non-seulement l'acuïté du spasme douloureux chez certains individus, mais encore la rechute fréquente que l'on observe chez les personnes atteintes de lithiase biliaire.

Ces prémisses une fois posées, la thérapeutique de la colique hépatique doit en découler d'une façon naturelle. Que voyons-nous en effet? Un corps étranger irrite par sa présence la muqueuse des conduits biliaires; cette muqueuse, grâce aux nombreux rameaux du grand sympathique dont elle est pourvue, est le point de départ d'une action réflexe qui amène la contraction tonique de la couche musculeuse; les contractions, d'abord localisées au point où siége le calcul, enchatonnent ce dernier et l'empêchent de continuer sa marche vers l'intestin; puis elles se généralisent, et atteignent bientôt la vésicule, qui à son tour se contracte et pousse vers l'obstacle un jet de bile plus ou moins considérable; puis elles envahissent l'estomac, le diaphragme; les vomissements surviennent, la douleur devient atroce, se généralise, et le tableau de la colique hépatique est bientôt au complet.

La médication devra donc toujours, au point de vue de la colique

hépatique, diminuer la douleur, et diminuer surtout les contractions spasmodiques de la couche musculeuse. Un médicament remplit à merveille ces conditions, c'est la morphine. On sait en effet que, par des expériences physiologiques très-précises, on a démontré que non-seulement la morphine diminuait la douleur, mais qu'elle amenait, et cela rapidement, le relâchement des fibres lisses. On comprend donc les succès signalés pour la première fois par Sénac, puis par Villemin (1), Patezon (2) et Bourdon, au moyen des injections hypodermiques des sels de morphine dans le traitement de la colique hépatique. Rien de plus rationnel et de plus conforme à la réalité des faits que cette médication.

Trousseau, guidé par la même idée, avait indiqué l'anesthésie par le chloroforme comme moyen de combattre la colique hépatique. Ce mode de traitement, qui n'est pas sans danger, ne s'est pas généralisé. Lemchen (3), médecin suédois, employait le même remède à l'intérieur à la dose de 10 gouttes toutes les heures dans une potion.

D'ailleurs cette médication antispasmodique avait déjà eu précédemment plusieurs défenseurs. Hufeland et Rinna avaient conseillé l'eau distillée de laurier-cerise, et Bricheteau (4) y avait joint l'usage de la teinture de castoréum.

Il est probable que l'opium, vanté par Van Swieten, Quarin (5), Portal, etc.; la belladone, par Lolatte (6); la jusquiame, par Rinna de Sarenbach, avaient la même action.

Et lorsque l'on réfléchit aux éléments qui constituent le célèbre remède de Durande, on voit que l'on peut expliquer les succès obtenus par ce moyen autant par l'action antispasmodique de l'éther et de la térébenthine que par l'action dissolvante directe de ces substances sur les calculs hépatiques.

---

(1) Villemin, *Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy*. Paris, 1862.

(2) Patezon, *Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vittel*. Paris, 1872.

(3) Lemchen, in *Journal des connaissances médicales et chirurgicales*, 9 février 1832.

(4) Bricheteau, *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. XIX. Paris, 1826.

(5) Quarin, *Animadvers. practicæ*, 1814.

(6) Lolatte, *Osservat. medico di Napoli*, septembre 1833.

Nous pouvons donc admettre les conclusions suivantes, qui résumeront les parties importantes de ce travail :

1° L'anatomie et la physiologie démontrent l'existence d'une couche musculeuse à fibres lisses dans les conduits excréteurs de la bile ;

2° La contraction spasmodique de cette couche est l'un des faits importants de la colique hépatique ;

3° Le traitement de cette colique doit consister à diminuer la douleur et la contraction spasmodique des conduits excréteurs ;

4° Les injections hypodermiques de sels de morphine remplissent ces deux indications.

Moyen simple d'arrêter les vomissements provoqués par la toux chez les malades atteints de phthisie pulmonaire ;

Par M. le docteur Woillez, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine.

Tous les médecins praticiens savent combien il est pénible de voir les malheureux phthisiques arrivés à la dernière période de leur maladie être pris de vomissements habituels provoqués par la toux après leurs repas. Déjà profondément affaiblis et amaigris, ils se voient privés indirectement d'une alimentation sur laquelle ils comptent pour réparer la perte de leurs forces ; de là l'inquiétude qui leur fait réclamer avec insistance un remède contre cet accident répété.

Le médecin essaye vainement tous les moyens habituellement mis en usage pour combattre les vomissements et, ne pouvant les arrêter, il augmente malgré lui le découragement de ces malheureux malades, si attristés déjà de voir que toutes les médications dirigées contre leur maladie sont habituellement inefficaces.

J'ai essayé tout récemment un moyen simple de combattre les vomissements des phthisiques, et plusieurs succès constatés dès le début m'ont porté à publier immédiatement ces heureux résultats, afin de provoquer les recherches sur un sujet aussi intéressant.

Ce moyen simple consiste à badigeonner le pharynx avec un pinceau imbibé d'une solution concentrée de bromure de potassium.

Mais, avant de décrire le procédé, je dois faire savoir comment j'ai été amené à l'utiliser.

L'an dernier, appelé par un honorable confrère de Paris auprès de sa femme qui, depuis deux ans, avait des vomissements à peu près quotidiens, sans présenter de signes positifs de cancer stomacal ou œsophagien, j'appris qu'il était impossible à la malade d'avaler des aliments de quelque consistance et surtout solides. Arrivés au pharynx, non-seulement ils étaient immédiatement expulsés par une expuition convulsive, mais le contenu de l'estomac suivait et le vomissement était complet. L'amaigrissement était devenu considérable et l'inanition inquiétante.

Devant ce trouble de la sensibilité pharyngienne manifestement exagérée, je conseillai à mon confrère de badigeonner le pharynx, avant chaque repas, avec une solution de bromure de potassium, comme on le fait pour amortir la sensibilité du voile du palais avant l'application du laryngoscope. Le résultat dépassa notre attente : la malade put, dès ce moment, manger des aliments solides, qui furent parfaitement supportés.

Dernièrement je donnais des soins à un phthisique arrivé à la dernière limite d'une tuberculisation pulmonaire. L'expectoration était très-abondante, et il existait une pharyngo-laryngite qui empêchait le malade d'avaler des aliments solides; les liquides seuls passaient bien. Tout aliment solide mis dans la bouche et mastiqué provoquait des contractions expulsives énergiques du pharynx.

J'eus l'idée d'avoir recours au badigeonnage que j'avais conseillé avec avantage à la précédente malade, et ici encore le succès fut immédiat et complet. Le malade supporta et digéra bien une nourriture succulente et de la viande crue, ce qui lui causa momentanément une grande satisfaction et un espoir, qui malheureusement ne devait pas être réalisé : la maladie était arrivée à son dernier terme, et la mort arriva bientôt.

Ce dernier fait me donna l'idée d'essayer le badigeonnage pharyngien au bromure de potassium chez les phthisiques éprouvant des vomissements après leurs repas. Ces essais pouvaient être immédiats, les phthisiques n'étant pas rares dans les hôpitaux, dans mon service à l'hôpital Lariboisière comme dans tous les autres. M. Ory, mon interne, se chargea de pratiquer lui-même la petite opération le matin et le soir et de noter exactement les effets. Je commençai ce traitement le 28 octobre dernier sur trois femmes phthisiques, puis sur six autres malades, et les résultats obtenus furent remarquables.

Un pinceau de charpie (on peut utiliser un gros pinceau de lavis), trempé dans une *solution composée d'un tiers de bromure de potassium pur et de deux tiers d'eau*, était passé rapidement dans le pharynx avant le repas du matin et du soir, et il était recommandé au malade de ne pas expectorer immédiatement, autant que possible.

Voici le résumé de neuf observations recueillies jusqu'à présent :

Obs. I (salle Sainte-Mathilde, n° 30). — Blanchisseuse âgée de trente-quatre ans, toussant depuis trois ans et présentant des cavernes au sommet des deux poumons.

La toux provoque le vomissement après chaque repas.

Le 28 octobre dernier, badigeonnage pratiqué le matin. Il n'y a ni nausée ni vomissement ce jour-là. Le lendemain et le surlendemain, deux badigeonnages par jour, matin et soir, avant les repas ; pas de vomissements, qui ne reparaissent pas non plus les jours suivants après la cessation du traitement.

Le 3 novembre courant, sept jours après le premier emploi du bromure, M. Ory introduit son doigt dans l'arrière-bouche de la malade sans provoquer d'effort de vomissement.

Obs. II (même salle, n° 11). — Femme de trente-cinq ans, phthisique depuis environ quatre mois, ayant eu des hémoptysies, vomissant très-souvent son potage le soir, et ayant de fréquentes nausées.

Le 2 novembre au matin, badigeonnage au bromure ; pas de vomissement ni de nausées par la toux, après le repas du soir. Même absence complète de ces accidents les trois jours suivants, où l'on n'a pratiqué que deux fois le badigeonnage, une fois le matin et l'autre le soir.

Obs. III (salle Saint-Landry, n° 23). — Homme tuberculeux avec cavernes pulmonaires et laryngite chronique. Vomissement après ses repas par suite de toux.

Le 1er novembre il a encore vomi le matin et le soir.

Le 2 au matin, badigeonnage au bromure, qui est pratiqué cinq jours de suite le matin. A partir du premier, absence de tout vomissement. Le malade, très-satisfait, prétend que les picotements qu'il ressentait au larynx pendant la toux ont beaucoup diminué, et il dit qu'il tousse moins.

Obs. IV (salle Sainte-Mathilde, n° 1). — Jeune fille de seize ans, dont le frère est mort phthisique dans notre salle d'hommes. Elle-même est arrivée à la dernière période de la tuberculisation.

Elle est très-pâle, très-amaigrie, et elle tousse depuis trois ans.

Elle vomit constamment le soir, au moins une partie de son repas ; elle a en outre de fréquentes nausées par la toux.

C'est cette persistance des vomissements dont se plaignait très-fréquemment cette malade qui me donna l'idée du traitement par le badigeonnage du pharynx avec le bromure de potassium.

Pratiqué matin et soir pendant trois jours, ce badigeonnage n'empêche pas le vomissement du soir. Mais, dès le quatrième jour du traitement, on ne fait qu'une application de la solution le matin, et les vomissements, comme les nausées, s'arrêtent complétement malgré la cessation du badigeonnage à partir du quatrième jour jusqu'au neuvième.

Cette malade, comme tous les autres, continue à être en observation.

Obs. V (salle Sante-Mathilde, n° 26). — Autre jeune fille âgée de dix-sept ans. Phthisie avec cavernes, très-avancée. Vomissements tous les jours depuis quinze jours.

Onze badigeonnages du 28 octobre au 8 novembre ; cessation de tout vomissement à partir du 3. Jusque-là, six vomissements seulement, dont un provoqué par un badigeonnage pratiqué par mégarde aussitôt après le repas.

Obs. VI (salle Saint-Landry, n° 17). — Homme de cinquante-huit ans. Phthisie avaucée. Vomissements depuis trois semaines au début des repas ou immédiatement après.

Du 31 octobre au 6 novembre courant, neuf badigeonnages le matin ou le soir. Il ne survient, pendant ces six jours, que trois vomissements après le repas du soir.

Obs. VII (même salle, n° 7). — Jeune homme de vingt-cinq ans, atteint de phthisie pulmonaire avancée. Expectoration abondante, laryngite ; vomissements habituels.

Du 31 octobre au 6 novembre, neuf badigeonnages comme pour le précédent ; il survient quatre vomissements seulement, deux le matin et deux le soir, pendant cette période de six jours.

Obs. VIII (salle Sainte-Mathilde, n° 19). — Phthisie avancée chez une jeune fille ; dyspnée considérable ; vomissements tous les soirs.

Du 4 au 8 novembre, il n'y a pas un seul vomissement, par suite de deux badigeonnages seulement, pratiqués le matin des deux premiers jours.

Obs. IX (salle Saint-Landry, n° 27). — Phthisie avec vastes cavernes et expectoration très-abondante. Vomissement après chaque repas depuis trois jours.

Du 4 au 8 novembre on fait chaque matin un badigeonnage du

pharynx. Il ne survient que trois vomissements après le repas du soir ; il n'en apparaît ni le 6 ni le 7.

On voit, d'après ce petit nombre de faits, que le badigeonnage du pharynx avec une solution de bromure de potassium concentrée peut arrêter immédiatement les vomissements dès la première application, comme chez les sujets des observations I, II, III et VIII. D'autres fois, son action a été moins immédiate, mais en somme toujours favorable. L'ensemble des faits que j'ai exposés, et dont les sujets sont encore en observation, présente ce résultat général remarquable que, chez neuf phthisiques vomissant habituellement après leurs repas, cinquante-deux badigeonnages ont été pratiqués, et que sept fois seulement il y a eu un vomissement après le repas, l'opération ayant eu lieu immédiatement avant l'ingestion des aliments.

Il y a dans ces vomissements des phthisiques provoqués par la toux une action réflexe manifeste, que l'application du bromure dans le pharynx me paraît enrayer. Quelle que soit d'ailleurs leur explication physiologique, les résultats que je viens d'exposer, quoique incomplets encore, me paraissent dignes de fixer l'attention. Il est probable que l'emploi de ces badigeonnages pharyngiens avec le bromure de potassium pourra rendre d'autres services. Il y aurait lieu d'y avoir recours dans tous les cas de vomissements qui ne sont pas la conséquence symptomatique d'une lésion organique. Dans l'inanition, dans les vomissements dus à la grossesse, dits parfois *incoercibles*, dans ceux qui persistent dans la convalescence du choléra, etc., il serait indiqué, je crois, d'avoir recours à cette ressource thérapeutique, qui a d'ailleurs l'avantage d'être très-simple, d'une grande facilité d'application et sans le moindre inconvénient.

Le bromure de potassium a été déjà employé contre certains vomissements, mais d'une manière toute différente de celle que je préconise ici, en lavements à hautes doses par exemple.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Note sur quelques modifications apportées au traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius ;

Par M. le docteur E. Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix.

Le traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius présente deux difficultés capitales, contre lesquelles les praticiens ne sauraient se tenir trop en garde, et en face desquelles ils ont besoin de ne pas se trouver désarmés, dans l'intérêt du malade aussi bien que dans celui de leur propre réputation.

La première des difficultés dont nous voulons parler est relative à la difformité qui s'observe assez souvent, après la consolidation de la fracture, et qui est caractérisée par la saillie de la tête du cubitus, la dépression de la région radiale, l'abduction et le renversement de la main en dehors, lésions fort apparentes, contre lesquelles l'art est malheureusement sans aucune prise, et dont le médecin traitant porte toute la responsabilité.

La seconde est relative à la faiblesse, à la rigidité des doigts et du poignet, à la gêne des mouvements de flexion et d'extension, de pronation et de supination, accidents qui persistent plus ou moins longtemps après la guérison, quelquefois même durant toute la vie, et occasionnent un trouble très-appréciable dans l'accomplissement des fonctions dévolues à cette partie du membre supérieur.

Ces inconvénients ont été reconnus et signalés depuis longtemps par tous les chirurgiens qui ont étudié de près les fractures du radius. Ils existent non-seulement dans les cas où la fracture a été méconnue, prise pour une entorse, une luxation, une diastase, ou abandonnée à elle-même, ce qui arrive encore aujourd'hui, comme au temps de Dupuytren, plus souvent qu'on ne le croit ; mais on les rencontre également dans des cas où elle a été très-exactement diagnostiquée et soumise à un traitement conforme aux règles les mieux établies.

En vue de parer à ces deux inconvénients, nous avons eu recours, depuis plusieurs années, à quelques expédients particuliers que nous croyons devoir mettre sous les yeux des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, à cause de leur simplicité, de leur facilité d'application, des bons effets que nous en avons retirés dans les

diverses circonstances où nous les avons mis en usage. Voici en quoi consistent ces moyens :

Après avoir réduit la fracture aussi exactement que possible et après avoir appliqué un appareil contentif ordinaire (1), le membre ayant été disposé dans une écharpe qui ne dépasse pas le poignet, suivant la pratique de Cline et de A. Cooper, nous exerçons, et nous engageons le malade à exercer lui-même journellement à plusieurs reprises (en cas d'impossibilité de notre part), des pressions, des malaxations, des tractions extensives sur le poignet et sur la main, celle-ci étant légèrement fléchie et inclinée vers le bord cubital du membre; ou bien encore, ce qui nous a paru plus simple, moins douloureux et non moins efficace, nous lui faisons saisir avec les doigts du côté de la fracture un poids de 1 à 2 kilogrammes, tel qu'un fer à repasser, une petite chaise, un livre, un panier, etc., et nous lui faisons porter ces divers objets suspendus à l'extrémité des doigts pendant deux ou trois minutes, répétant cet exercice cinq ou six fois dans le courant de la journée. Nous engageons en outre le patient à se servir de sa main pour tous les usages où elle peut lui rendre quelques services, et cela dès le début du traitement, malgré la présence de l'appareil contentif, ce qui, à vrai dire, est généralement très-aisé à obtenir, les malades ne demandant pas mieux que de mouvoir et d'utiliser leurs doigts, quand ils ont acquis par expérience la certitude que ces exercices sont sans danger et qu'ils ne provoquent pas beaucoup de douleur.

Le traitement qui vient d'être décrit est employé par nous depuis trois ou quatre ans. Nous l'avons déjà mis en pratique dans une vingtaine de cas de fractures du radius. Les résultats qu'il nous a permis d'obtenir ont été jusqu'ici des plus encourageants : non-

(1) L'appareil dont nous faisons habituellement usage se compose d'une attelle antérieure, d'une attelle postérieure, au besoin d'une attelle cubitale. Ces attelles se posent sur des compresses longuettes dont l'extrémité inférieure est repliée en plusieurs doubles pour former au-dessus de l'articulation des coussins destinés à repousser le fragment inférieur en avant ou en arrière, selon la nature du déplacement, ou bien la tête du cubitus en dehors, dans les cas où elle forme une saillie très-prononcée. L'attelle antérieure descend jusqu'au niveau du siége de la fracture, sans la dépasser ; la postérieure jusque vers le milieu du métacarpe ; la cubitale, quand elle est employée, dépasse de 15 à 18 millimètres la tête du cubitus sur laquelle elle presse ; enfin un bandage roulé, convenablement serré, ou de simples bandes de diachylon, assujettissent le tout.

seulement la consolidation de la fracture n'a jamais été entravée par ces manœuvres de massage et d'extension fréquemment répétées, ces mouvements imprimés, dès les premiers jours de l'accident, aux articulations des doigts, de la main et du poignet; mais la faiblesse, la roideur, la gêne des mouvements, la tuméfaction du membre ont persisté beaucoup moins longtemps que de coutume. A dater du vingtième jour, quelquefois même plus tôt, toute espèce d'appareil a été supprimée et les malades ont pu se servir de leur main, de manière à reprendre la plupart de leurs occupations habituelles. Dans un cas que nous avons eu sous les yeux, l'appareil a pu être supprimé le dixième jour, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient. Nous ajouterons qu'au point de vue spécial de la difformité nous n'avons pas moins eu lieu de nous féliciter de cette règle de conduite, la guérison ne s'étant accompagnée, dans aucun cas, de déformation apparente du poignet, de renversement de la main en dehors, de dépression radiale, etc., etc.

On le voit, le traitement auquel nous nous sommes arrêté, diffère du traitement classique des fractures du radius en ce que nous avons ajouté à la réduction, à la contention, à la position du membre dans l'écharpe : 1° *le massage ;* 2° *l'extension intermittente ;* 3° *la mobilisation prématurée des petites articulations avoisinant la fracture.* Quels sont le degré d'utilité et le mode d'action de chacun de ces moyens ?

A. Le *massage* a depuis longtemps fait ses preuves dans l'entorse, les contusions accompagnées d'épanchement sanguin, l'œdème et l'infiltration du tissu cellulaire, c'est-à-dire comme moyen propre à favoriser les résorptions locales, le cours du sang et de la lymphe, les glissements tendineux et musculaires. Or les fractures de l'extrémité du radius présentent toutes ces complications à un degré très-prononcé. Le massage est donc parfaitement rationnel en pareille circonstance. Il est même quelque peu étonnant qu'on n'ait pas songé plus tôt à en tirer parti, non-seulement dans les fractures dont nous nous occupons, mais encore dans une foule d'autres, particulièrement celles qui ont leur siége au voisinage des articulations, dans lesquelles ces complications existent habituellement et qui sont presque toujours, comme on sait, accompagnées d'œdème et de gonflement des parties molles, d'ecchymose, d'infiltration sanguine, en un mot de la plupart des lésions que l'on rencontre dans l'entorse grave.

Il y a là, à notre avis, un sujet d'étude digne de la plus sérieuse attention et que nous n'hésitons pas à recommander à l'investigation patiente des observateurs. Quelques essais, auxquels nous nous sommes livré récemment dans cette direction, nous portent à penser que le massage, appliqué avec toutes les précautions nécessaires, constituerait, dans beaucoup de fractures, une ressource très-efficace, dont l'application pourrait être faite soit avant, soit immédiatement après la réduction, et répétée à chaque renouvellement de l'appareil contentif.

B. L'*extension intermittente*, qu'elle soit réalisée par un poids supporté par les doigts ou par des tractions extensives sur le poignet, nous paraît avoir un mode d'action assez complexe et qui mérite d'être étudié séparément.

1° Elle vient en aide à l'appareil contentif et combat, comme lui, la tendance au déplacement des fragments, soit qu'on admette avec Dupuytren, Goyrand, Diday, etc., des fractures obliques, soit qu'on n'admette avec M. Voillemier que des fractures presque transversales avec pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur; en d'autres termes, elle s'oppose au renversement du fragment inférieur en dehors et en arrière ou en dehors et en avant, de même qu'à la saillie de la tête du cubitus en dedans, accidents que l'appareil, quelque bien appliqué qu'il soit, ne parvient pas constamment à empêcher, ainsi que nous l'avons établi en commençant.

2° Elle imprime de légers mouvements aux articulations du poignet, du carpe, du métacarpe, des doigts. Elle facilite en outre la circulation dans les petits vaisseaux, augmente la vitalité des tissus, favorise le fonctionnement des muscles et des tendons dans leurs gaînes, par suite de l'adduction fréquemment répétée du poignet, des mouvements de flexion et d'extension des doigts, particulièrement des mouvements de préhension, qui exigent le concours de la plupart des muscles de la main et de l'avant-bras. En un mot, elle agit dans le même sens que le massage, tout en mobilisant plus que lui les petites jointures.

3° Enfin, l'extension, telle qu'elle a été décrite, ne pouvant être exécutée qu'à la condition que la main soit libre et dépasse complétement l'écharpe, le renversement de la main en dehors, le déplacement des fragments, la saillie de la tête cubitale, qui se produisent parfois, après la réduction de la fracture et la pose de l'appareil, sous l'influence d'une mauvaise attitude de la main ou d'une

brusque contraction musculaire, deviennent infiniment plus difficiles que lorsqu'on n'use pas de cette précaution, les malades ayant très-souvent de la peine à comprendre l'utilité de la recommandation qui leur est faite de laisser pendre la main au delà de l'écharpe et négligeant ou exécutant mal cette partie importante du traitement.

C. Quant à la *mobilisation prématurée* des doigts, de la main et du poignet, c'est-à-dire aux exercices consistant à imprimer avec précaution des mouvements à tous ces organes et à toutes ces articulations, dès le début du traitement, en les continuant journellement pendant toute sa durée, il suffit que l'expérience ait fait voir qu'une semblable pratique était sans danger pour qu'on puisse conclure et affirmer sans crainte qu'elle doit être utile.

Il n'est aucun chirurgien, en effet, ayant observé un grand nombre de ces fractures et ayant suivi les malades longtemps après la guérison, qui n'ait été frappé des résultats fâcheux, au point de vue fonctionnel, qu'entraîne l'emprisonnement du membre sous l'appareil pendant vingt, vingt-cinq, trente jours, quelquefois même davantage, que dure cette application, en même temps que de l'immobilisation presque complète de la main, pendant toute cette période, sous un bandage méthodiquement appliqué.

Ce sont là des faits d'observation tellement connus, des vérités pratiques tellement admises, qu'il peut paraître inutile de les mettre en relief, ou tout au moins qu'il serait superflu d'y insister plus longuement.

Toute la question se réduit donc à savoir si le traitement que nous avons adopté ne présente pas d'inconvénient au point de vue de la consolidation de la fracture; en d'autres termes, si le massage de la main et du poignet, les tractions extensives et l'extension intermittente obtenue par un léger poids supporté par l'extrémité des doigts, la mobilisation et l'utilisation, pour les usages journaliers, des articulations du poignet, de la main et des doigts, peuvent être exécutés dès les premiers jours de l'accident, sans nuire à la formation du cal.

Or, à cet égard, l'expérience a prononcé.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, le traitement dont il s'agit a été mis en usage dans une vingtaine de cas de fracture du radius. Chez tous nos malades la consolidation a suivi sa marche régulière. La guérison s'est produite sans difformité ou avec aussi peu de difformité que possible. Enfin, et c'est sur ce point surtout que nous

tenons à insister, ils ont tous recouvré l'usage de leur membre beaucoup plus rapidement que de coutume, et nous n'avons constaté chez aucun d'eux la roideur, la faiblesse, la gêne consécutive des mouvements que l'on observe habituellement dans les cas de ce genre.

Ces considérations nous paraissent suffisantes pour faire comprendre l'intérêt pratique qui s'attache aux tentatives dont nous venons de rendre compte et pour appeler sur elles l'attention des chirurgiens en situation de les contrôler. Nous ne croyons pas nécessaire de rapporter en détail tous les faits qui ont passé sous nos yeux. Nous nous bornerons à en faire connaître un petit nombre qui aideront à compléter la démonstration et feront mieux comprendre, d'une autre part, l'indication des moyens employés, leur mode d'application, les résultats qu'ils ont permis d'obtenir.

Obs. I.— Mme F***, âgée de quarante-huit ans, d'une constitution forte et vigoureuse, fait une chute en descendant l'escalier, le 14 mars 1870, et tombe de sa hauteur, sur la paume de la main.

Arrivé auprès d'elle, une heure environ après l'accident, je constate une fracture de l'extrémité inférieure du radius du côté droit, caractérisée par la déformation en talon de fourchette du poignet, le changement de direction de l'axe du membre, qui forme un léger coude en arrière, un peu au-dessus de l'articulation. Le poignet est élargi ; la main est renversée en dehors ; l'apophyse styloïde du radius est plus élevée que celle du cubitus. La tête du cubitus fait saillie en dedans; dépression radiale très-prononcée et renversement du fragment inférieur en arrière ; tuméfaction modérée des parties molles ; crépitation obscure.

Le diagnostic étant évident, la fracture est réduite et un appareil contentif composé d'une attelle antérieure et d'une attelle postérieure est appliqué autour du poignet et de l'avant-bras. Le membre est ensuite disposé dans une écharpe qui laisse pendre la main au dehors. Craignant que le déplacement ne se soit reproduit, d'après la situation et la direction de la main, je pratique des tractions sur le poignet, en inclinant la main sur le bord cubital du membre et la fléchissant modérément, attitude la plus favorable à une bonne réduction et au maintien exact des fragments, ainsi que l'ont établi les faits cliniques et les expériences cadavériques de Bonnet (de Lyon) et de M. Legouest. J'engage en outre la malade, qui est fort intelligente, à exercer elle-même de semblables manœuvres, dans le courant de la journée, en évitant avec soin que l'écharpe dépasse jamais le poignet, afin que la main ne puisse pas se renverser de nouveau vers le bord radial.

Le lendemain et les jours suivants, répétition de ces mêmes exer-

cices; mêmes recommandations relativement à la position de la main et du poignet dans l'écharpe; utilisation des doigts pour tous les mouvements qu'ils pourront accomplir sans provoquer de trop vives douleurs.

Le quatrième jour, levée de l'appareil et examen du membre. Le poignet présente une conformation normale. Le gonflement est peu prononcé. La malade se sert aisément de ses doigts. Continuation des tractions extensives cinq à six fois par jour, que la malade exécute elle-même très-régulièrement. Même recommandation relativement aux mouvements.

Le 5 avril, vingt-deuxième jour de l'accident, suppression de l'appareil et son remplacement par une simple bande roulée.

Le 12, la bande elle-même est supprimée. Mme F*** ne souffre plus; elle a déjà repris complètement les soins de son ménage. Le gonflement a disparu. La conformation du membre est très-bonne. Nous cessons de voir la malade.

Cette première observation a été le point de départ des modifications que nous avons apportées au traitement ordinaire des fractures du radius. Les bons effets obtenus, chez Mme F***, des tractions extensives fréquemment répétées nous parurent un enseignement qui ne devait pas être perdu et nous engagèrent à persévérer dans cette voie. Seulement, tout en insistant sur l'extension, la main fléchie et inclinée vers le bord cubital, nous cherchâmes à la rendre plus régulière et moins pénible pour les malades, au moyen d'un léger poids suspendu à l'extrémité des doigts, manœuvre d'une exécution extrêmement facile, qui joint à l'avantage d'empêcher la main de se renverser en dehors, celui d'obliger le patient à exercer des mouvements de préhension et mobilise beaucoup plus les articulations des doigts, de la main et du poignet.

Voici quelques-uns des faits, pris au hasard, dans lesquels ce dernier mode de traitement a été employé :

Obs. II. — Marie R***, infirmière à l'hôpital d'Aix, âgée de cinquante ans, d'une assez mauvaise constitution, lymphatique et scrofuleuse, tombe de sa hauteur, le 28 juin 1873, et se fracture l'extrémité inférieure du radius droit.

Examinée au moment de la visite, trois ou quatre heures après l'accident, je constate et fais constater aux élèves du service une fracture du radius caractérisée par la déformation habituelle du poignet, le renversement du fragment carpien et de la main en arrière, l'élévation et le déjettement en dehors et en arrière de l'apophyse styloïde du radius, qui se trouve à 15 ou 18 millimètres au-dessus de celle du cubitus, l'élargissement du poignet, la saillie

de la tête du cubitus, la dépression de la région radiale, etc., etc.

Après avoir tout fait préparer, la fracture est réduite et un appareil contentif est mis en place, conformément aux indications précédemment établies. La main ayant été convenablement disposée dans l'écharpe, nous donnons à tenir à la malade un fer à repasser, du poids de 1 100 grammes environ, qu'elle saisit par la poignée et soutient, pendant quatre ou cinq minutes, les doigts ployés, la main et le poignet dans l'attitude décrite ci-dessus. Cet exercice est répété, à cinq ou six reprises, dans le courant de la journée et les jours suivants.

Le cinquième jour, l'appareil est enlevé. Le poignet ne présente pas de déformation. Le gonflement est modéré. Les mouvements de flexion et d'extension des doigts s'exécutent facilement. La douleur est peu intense. Continuation des exercices susindiqués. Utilisation des doigts pour tous les usages auxquels ils peuvent être employés. Réapplication de l'appareil contentif.

Le vingtième jour, suppression définitive de l'appareil. Le membre est laissé complétement libre. La conformation du poignet est très-bonne. La malade se sert aisément de sa main et reprend son service d'infirmière.

Nous avons rapporté ce fait, un des derniers en date que nous ayons recueillis, parce qu'il s'est passé dans un service d'hôpital et qu'il donne une idée du traitement que nous appliquons actuellement dans la plupart des cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Mais les modifications que nous venons de faire connaître représentent-elles le dernier mot du traitement de ces fractures ?

Le massage, par exemple, ne serait-il pas plus avantageux appliqué immédiatement avant ou immédiatement après la réduction, par conséquent avant la pose de l'appareil contentif ?

D'autre part, le maintien en place de l'appareil pendant l'espace de vingt jours est-il d'une nécessité absolue ?

Le cas suivant, observé depuis que ce travail était commencé, semble indiquer qu'il y a là de nouvelles études à faire, et très-probablement aussi de nouveaux progrès à réaliser.

Obs. III. — Le 3 octobre 1873, j'ai été consulté par le nommé X***, âgé de dix-huit ans, atteint de blennorrhagie. Pendant la consultation, je remarque que le poignet gauche du malade est entouré d'une bande. Aux questions qui lui sont faites, X*** répond qu'il s'est *foulé* le poignet, huit jours auparavant, en faisant une chute de voiture, pendant laquelle la main a porté contre le sol par la région dorsale. Il ajoute que le poignet s'est enflé

presque aussitôt, qu'il en a beaucoup souffert, et que sur le conseil de quelques voisins il est allé voir le lendemain un rebouteur fort connu dans nos contrées, pour lui *lever* son entorse. Celui-ci a exercé des tractions énergiques et des tiraillements en divers sens, puis il l'a renvoyé en l'assurant qu'il était guéri et qu'il n'avait plus qu'à mettre une bande autour du poignet.

Procédant alors à un examen attentif, je n'ai pas eu de peine à constater que la prétendue foulure n'était autre chose qu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, située à une très-petite distance de l'articulation, avec pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur, fracture reconnaissable à la saillie du carpe en arrière, à l'élévation et au renversement en dehors de l'apophyse styloïde du radius, à la dépression de la région radiale, à l'élargissement du poignet, enfin à la saillie très-prononcée de la tête du cubitus.

Après l'avoir éclairé sur sa situation et lui avoir fait comprendre la nécessité de ne pas s'en rapporter aux assurances du rebouteur, je commence par pratiquer le massage de la main et du poignet, je procède ensuite à la réduction de la fracture, les tentatives de l'empirique n'ayant produit qu'une réduction très-incomplète si même elles avaient eu quelque résultat.

Lorsque toute trace de difformité a disparu, j'engage le malade à soulever avec sa main un objet à sa portée (une chaise de mon cabinet). Il ne peut pas la soulever, mais il parvient à la soutenir pendant quelques instants, la chaise ayant été préalablement détachée du sol. Cet exercice n'ayant pas paru le fatiguer et le déplacement ne manifestant aucune tendance à se reproduire, je lui conseille de répéter la même manœuvre tous les jours, à plusieurs reprises, m'abstenant d'appliquer des attelles et me bornant à lui remettre la bande roulée qu'il portait auparavant.

Le 19 octobre, seize jours plus tard, j'ai occasion de revoir ce jeune homme. Il se sert de sa main presque aussi bien que de celle du côté opposé. La saillie de la région carpienne, la dépression radiale, le renversement de la main, la saillie cubitale que j'avais constatés le 3 octobre, ont fait place à une conformation presque normale. Ainsi que je viens de le dire, les mouvements sont parfaitement revenus ; X*** m'assure, en outre, qu'il travaille depuis une huitaine de jours sans difficulté.

Interrogé sur la manière dont les choses se sont passées à la suite de la visite qu'il m'avait faite, il répond qu'il s'est conformé très-exactement, pendant une semaine, à ma recommandation de soulever plusieurs fois par jour une chaise avec la main gauche et de pratiquer quelques messages de la main et du poigne ; mais qu'ayant reconnu que la force lui était déjà revenue en très-grande partie, et que les mouvements du poignet étaient libres dans tous les sens, il y avait complétement renoncé depuis.

La simplicité, on ne peut plus grande, des suites de la fracture, la rapidité avec laquelle la consolidation s'est effectuée, le peu de temps qu'il a fallu au malade (quinze à seize jours) pour reprendre son travail habituel, l'absence de roideur et de déformation consécutives du poignet, tels sont les points les plus saillants de cette derniere observation. Ils plaident puissamment en faveur du traitement suivi, et semblent, d'autre part, justifier l'opinion de Velpeau sur la complète inutilité de l'appareil contentif. Il est certain que cette utilité n'est pas aussi grande qu'on l'a cru et que beaucoup de chirurgiens le croient encore à l'heure qu'il est. Il est certain également qu'on pourrait fort bien, sinon s'en passer d'une manière absolue, du moins ne le laisser en place que peu de jours. C'est là, pour notre compte, la règle de conduite que nous comptons suivre à l'avenir.

Nous ne multiplierons pas davantage les observations. Celles qui viennent d'être relatées suffisent pour le but que nous avons eu en vue dans ce travail, c'est-à-dire pour faire voir que, dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, la mobilisation prématurée des articulations voisines de la fracture, associée au massage de la main et du poignet et à l'extension intermittente pratiquée à l'aide d'un poids peu considérable supporté par les doigts (la main fléchie et inclinée vers la région cubitale), constitue une série de moyens d'une utilité réelle dans le traitement de ces fractures, et que ces moyens ont pour résultat de combattre les deux complications les plus à redouter et de beaucoup les plus sérieuses de la lésion dont il s'agit, à savoir : *l'abduction et le renversement de la main*, *la gêne et la roideur consécutives des mouvements articulaires*, tout en n'entravant en aucune manière la consolidation de la fracture elle-même.

CHIMIE ET PHARMACIE

Sur la préparation du glycéré de sucrate de chaux et de son emploi pour la préparation du liniment oléo-calcaire.

Dans une note très-intéressante que vient de publier (1) sur ce sujet M. Latour, pharmacien principal à l'hôpital militaire Saint-

(1) *Journal de pharmacie.*

Martin, nous trouvons des indications qui seront, à n'en pas douter, très-appréciées des praticiens.

L'auteur employait depuis plusieurs années le sucrate de chaux en solution dans l'eau, pour la préparation d'un médicament d'un usage fréquent, le liniment oléo-calcaire, et qu'il faut quelquefois obtenir rapidement en quantité considérable, comme il a eu l'occasion de l'observer dans un récent accident qui a eu lieu à la capsulerie du mont Valérien. Le sucrate de chaux présentait l'inconvénient d'absorber l'acide carbonique de l'air en produisant du carbonate de chaux; aussi M. Latour a-t-il été amené à ajouter de la glycérine à la solution, et finalement à étudier la solubilité du sucrate de chaux dans la glycérine, et par suite la préparation du glycéré de sucrate de chaux saturé, qui, dans un état de dilution convenable, sert à préparer le liniment oléo-calcaire nouveau qu'il propose.

Le *glycéré de sucrate de chaux saturé* se prépare de la manière suivante. On prend :

Chaux vive hydratée.	200 grammes.
Sucre pulvérisé.	400 —
Glycérine	400 —
Eau.	2 kilogr.

Le sucre et la chaux sont intimement mélangés dans un mortier ; l'eau est ajoutée par petites portions, afin d'obtenir une bouillie claire sans grumeaux, et le mélange est introduit dans un flacon bouché, et agité à plusieurs reprises : après un contact de vingt-quatre heures, on filtre et on ajoute à la solution de sucrate de chaux filtrée la quantité de glycérine indiquée, puis on évapore jusqu'à la réduction de 1 litre.

Il est essentiel de n'ajouter la glycérine qu'après la filtration de la solution de sucrate de chaux. Si on faisait cette addition dans le mélange d'eau, de sucre et de chaux, on retarderait la filtration.

Le glycéré de sucrate de chaux ainsi préparé a une densité de 1,280 à la température de + 15 degrés. Il ne se coagule pas à la température de l'ébullition, comme le ferait une simple solution de sucrate de chaux, mais la coagulation se produit si on l'étend de quatre fois son volume d'eau.

Il contient :

En volume, pour 100 centimètres cubes, 7g,716 de chaux, correspondant à 56g,55 de sucrate de chaux sec;
En poids, pour 100 grammes, 6g,720 de chaux, correspondant à 49g,48 de sucrate de chaux sec.

Ce glycéré sèche facilement sur la peau, et on peut accentuer cette propriété en l'additionnant de 5 pour 100 environ de gélatine qui s'y dissout.

Tandis que cette préparation peut recevoir d'utiles applications, soit pour le pansement do certaines plaies, soit dans d'autres circonstances, il est préférable d'employer une solution diluée de glycéré de sucrate de chaux pour la préparation du liniment oléo-calcaire. Cette solution peut être faite avec le produit précédent, mais on peut aussi l'obtenir directement, comme il a été dit ci-dessus et sans procéder à la concentration. En cet état elle a une densité de 1,144 à + 15 degrés, et ne renferme plus que la moitié de la proportion de chaux que la solution saturée contient.

La formule du liniment oléo-calcaire au glycéré de sucrato de chaux est la suivante :

Huile d'arachide.	200 grammes.
Glycéré de sucrate de chaux dilué. . .	100 —

Le mélange, qui devient rapidement homogène et prend presque la consistance du cérat, se fait dans un flacon à large ouverture.

On peut substituer à l'huile d'arachide l'huile d'amandes douces ou l'huile d'olive, mais alors on obtient un mélange un peu moins solide.

Nous terminerons cette note en résumant, comme l'a fait M. Latour, l'opinion du docteur Lagarde sur ce nouveau topique, qu'il a employé pour panser les soldats qui ont été atteints lors de l'explosion du mont Valérien :

« Les pansements au liniment oléo-calcaire préparé avec le glycéré de sucrate de chaux remplissent les indications principales qu'on recherche dans le traitement des brûlures. Ils protégent efficacement les surfaces malades contre l'action de l'air. Ils n'adhèrent pas à la plaie, diminuent la douleur, modifient heureusement la suppuration, hâtent et régularisent la cicatrisation.

« Ils sont d'un emploi facile et peuvent être renouvelés sans entraver le travail de réparation et surtout sans provoquer de douleurs chez le malade. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Rhumatisme articulaire aigu, traitement par le chlorhydrate de triméthylamine ; guérison.

La femme S***, âgée de trente-trois ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution moyenne, habite à Compiègne un rez-de-chaussée assez humide ; elle a quatre enfants, et la misère dans laquelle elle est plongée, a amené chez elle une anémie très-prononcée. Deux fois déjà cette malade a été atteinte de rhumatisme articulaire aigu ; la première fois, en 1867, la maladie a duré quatre mois ; la seconde fois, en 1870, elle a duré deux mois.

Le 14 septembre 1873, elle est de nouveau prise par des douleurs articulaires, et le 18, je la trouve dans l'état suivant :

Les articulations des poignets et des épaules sont douloureuses et gonflées, la langue est blanche, il y a de la céphalalgie et de la fièvre ; le pouls est à 105.

Le 19, les articulations tibio-tarsiennes, celles du genou, du poignet et de l'épaule, à droite, sont très-douloureuses ; le gonflement est surtout prononcé au bras, à droite ; le pouls est à 105, la température à 38°,8. Il y a de l'anxiété, la respiration est courte, on observe des palpitations avec douleur précordiale ; du reste la percussion et l'auscultation ne font découvrir aucun signe morbide.

Je donne le chlorhydrate de triméthylamine à la dose de 50 centigrammes dans une potion de 120 grammes ; cette potion sera prise par cuillerées toutes les deux heures.

Le 20 la potion a été prise en entier.

L'articulation tibio-tarsienne gauche est dégagée, mais le bras gauche est plus douloureux ; il y a des douleurs le long de la colonne vertébrale ; la respiration est plus libre, il n'y a plus de palpitations, le pouls est à 95, la température à 38°,2.

Le 21, le bras droit est toujours pris, les doigts et le poignet sont enflés et douloureux ; les autres membres sont mieux, la malade peut leur imprimer des mouvements assez étendus. Le pouls est à 105, la température à 37°,9 ; il y a 48 respirations. Il y a eu une garde-robe.

La dose de triméthylamine est portée à 1 gramme.

Le 22, amélioration notable, pouls à 80, température à 37°,4, 40 respirations. Les articulations sont plus libres, même celles

de la main et du coude droit. Il n'y a plus de palpitations. La langue est nette ; les urines, rares, sont épaisses et briquetées. Il y a des sueurs.

Bouillon, eau vineuse; triméthylamine, 1 gramme.

Le 23, l'amélioration continue, les articulations sont presque complétement libres, sans aucun gonflement, et il y a peu de douleur ; le pouls est à 60, la température à 39 degrés ; la respiration est beaucoup moins fréquente.

Bouillon, eau vineuse, 50 centigrammes de triméthylamine.

Le 24, les articulations sont libres. Potages.

Le 25, la malade va de mieux en mieux, les mouvements sont faciles, la respiration est bien libre; je fais suspendre l'usage du médicament.

Les jours suivants la malade se lève, elle mange, et le 1er octobre elle sort de chez elle.

Le 3 octobre, surviennent des douleurs de poitrine et de la toux ; le 4, la respiration devient pénible, très-fréquente, il y a de la fièvre et quelques douleurs aux poignets et dans les épaules.

Le 5, l'état devient plus grave, l'oppression est extrême ; à l'auscultation on entend des râles fins, nombreux, indiquant une congestion pulmonaire générale ; le pouls est à 120. Un vésicatoire volant, potion avec alcoolature d'aconit et teinture de digitale.

Le 4, le pouls est tombé à 80, la respiration est libre.

Le 12, la malade se lève et travaille chez elle, il ne reste plus qu'un peu de roideur dans les articulations des doigts.

Je pense que cette observation démontre l'utilité du chlorhydrate de triméthylamine dans le rhumatisme articulaire aigu ; je sais que ce médicament n'a pas réussi toujours, mais son action sur le pouls et sur la température est hors de doute. Je suis heureux d'avoir eu l'occasion d'employer ce médicament et de venir confirmer ainsi les résultats obtenus par M. Dujardin-Beaumetz. Comme lui, j'ai observé l'abaissement presque immédiat de la température et la résolution n'a pas tardé à être obtenue. Il est vrai qu'il est survenu une congestion pulmonaire assez grave, mais cet accident peut être et a été observé à la suite de toutes les méthodes thérapeutiques ; on l'a même rencontré à la fin de rhumatismes très-longs, alors que le rhumastisme pouvait paraître épuisé. D'ailleurs cette congestion a dû, chez notre malade, être causée par l'imprudence qu'elle a commise en sortant trop tôt, malgré nos conseils. Il serait à désirer que nos confrères de province fissent connaître les résultats qu'ils ont obtenus, afin de pouvoir juger, d'après un nombre considérable de cas, l'influence exacte du nouveau médicament, déjà si bien étudié

par M. Dujardin-Beaumetz, et déterminer quelles sont les formes de rhumatisme articulaire aigu auxquelles il convient de préféreuce.

Dr Fourrier.

Compiègne.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'aspiration des liquides morbides, par M. le docteur G. Dieulafoy ; 1 vol. in-8° ; chez V. Masson.

L'ouvrage que nous analysons est consacré à l'exposition d'une méthode créée par l'auteur et appliquée au diagnostic et au traitement ou à l'extraction des liquides pathologiques en médecine et en chirurgie.

C'est le 2 novembre 1869 que M. le professeur Gubler présenta, au nom de M. Dieulafoy, à l'Académie de médecine, un appareil dit *aspirateur* et une note destinée à faire connaître la méthode d'*aspiration*.

Mais était-ce bien là une méthode *nouvelle* et M. Dieulafoy ne se faisait-il pas illusion en croyant avoir enrichi la thérapeutique médico-chirurgicale d'une invention véritable? Est-ce qu'avant le 2 novembre 1869 l'*aspiration* était inconnue? Est-ce qu'il n'existait pas des appareils *aspirateurs*?

Sans nul doute, et personne ne songe à nier l'évidence. Depuis Galien jusqu'à M. J. Guérin inclusivement, on a imaginé des appareils variés : seringues, siphons, pompes, ballons, trocarts, aiguilles, etc., destinés à extraire par aspiration les liquides pathologiques contenus dans des cavités naturelles ou accidentelles de l'organisme. Mais ce qui appartient incontestablement à M. Dieulafoy, c'est l'idée d'utiliser le vide et sa force aspiratrice en simplifiant, pour la circonstance, la machine pneumatique, et d'avoir montré, en imaginant l'aspirateur, comment on peut en un instant avoir à son service un vide puissant capable d'aspirer, à travers les aiguilles les plus fines, les liquides les plus épais.

Ainsi, création d'un *vide préalable*, telle est l'idée ; usage *d'aiguilles creuses d'une extrême finesse*, tels sont les instruments de la méthode de M. Dieulafoy.

L'auteur la définit lui-même de la manière suivante : « Un aspirateur, quel qu'il soit, n'est autre chose qu'un récipient dans lequel on fait le vide. Ce récipient ou corps de pompe est muni de robinets par lesquels il communique avec l'extérieur. Dès que le vide est fait dans le corps de pompe, on possède en réserve une force d'aspiration qui pourra être utilisée quand le moment sera venu ; c'est donc un *vide préalablement* établi. Ce vide, ou, si l'on préfère, le corps de pompe dans lequel il est fait, est mis en rapport par un de ses robinets avec la fine aiguille destinée à être introduite dans les tissus. Pour bien saisir l'utilité de cette manœuvre, prenons un exemple : supposons un kyste profond du foie, et allons à la recherche du liquide au moyen du vide préalable. L'aspirateur est armé ; en d'autres termes, le vide est fait à l'avance, et l'aiguille est mise en communication avec le corps de pompe, *les robinets étant encore fermés*. Cette aiguille creuse est alors introduite dans la région à explorer, et à peine a-t-elle parcouru 1 centimètre dans la profondeur des tissus (c'est-à-dire dès que les ouvertures de sa pointe ne sont plus en rapport avec l'air extérieur), on ouvre le robinet correspondant de l'aspirateur. Qu'arrive-t-il ? C'est que l'air contenu dans l'aiguille est à ce point raréfié par le vide préalable du corps de pompe, que cette aiguille possède à son tour la force d'aspiration ; elle devient aiguille *aspiratrice*, elle *porte le vide avec elle*. Alors, si on la pousse à travers les tissus, c'est *le vide à la main* qu'on marche à la découverte de l'épanchement. A l'instant même où cette *aiguille aspiratrice* rencontre le liquide, celui-ci traverse rapidement l'index en cristal, jaillit dans l'aspirateur, et le diagnostic s'inscrit dans l'appareil à l'insu de l'opérateur.

« Grâce à la manœuvre que je viens d'indiquer, et ayant à son service le vide préalable, on est certain de ne pas outrepasser la couche liquide, ce qui a son intérêt si la collection est peu étendue ; on est assuré de ne pas aller plus loin que le but, ce qui a une importance encore plus grande si derrière l'épanchement se trouve un organe à ménager, tel que le cœur. On sait très-exactement à quel moment l'aiguille pénètre dans la vessie distendue par l'urine ou dans une anse intestinale herniée ; on manie, en un mot, une *force intelligente*, qui, de plus, a l'avantage d'être d'une parfaite innocuité.

« Le vide préalable est surtout un élément de diagnostic ; il est

extrêmement précieux pour aller à la recherche d'une collection liquide. Mais quand le but est atteint, c'est-à-dire quand il ne s'agit plus que d'évacuer le liquide qu'on vient de rencontrer, on fait usage le plus souvent du vide *successif* (celui qu'on pratique dans un corps de pompe quand on remonte le piston de manière à attirer le liquide à mesure qu'il se présente; c'est le vide qu'on fait dans les seringues et autres instruments de même genre). Voilà pourquoi un aspirateur complet doit avoir à son service le vide préalable et le vide successif ; il doit même, à un moment donné, pouvoir être transformé en siphon. »

Nous avons fait à dessein cette longue citation, parce qu'elle nous a paru montrer d'une façon saisissante l'idée et le mécanisme de la méthode aspiratrice telle que la comprend M. Dieulafoy. On conçoit dès lors comment l'aspiration peut sans danger servir au diagnostic et au traitement d'une collection liquide, quel que soit son siége et quelle que soit sa nature. L'auteur va jusqu'à prévoir l'application de sa méthode au traitement des *cavernes pulmonaires*, chez les phthisiques, pour modifier au moyen d'aspirations et d'injections les parois de la cavité et le tissu voisin ; à la saignée directe du poumon et du cœur dans des cas désespérés de congestion.

L'auteur résume d'une manière générale les résultats et les applications de la méthode aspiratrice dans les trois propositions suivantes :

1° Il est toujours possible, grâce à l'aspiration, d'aller sans danger à la recherche d'une collection liquide, quel que soit son siége et quelle que soit sa nature.

2° Quand un liquide s'accumule dans une cavité séreuse ou dans un organe, et quand cette séreuse ou cet organe est accessible, sans danger pour le malade, à nos moyens d'investigation, notre premier soin doit être d'aspirer ce liquide ; s'il se forme de nouveau, on le retire encore, et plusieurs fois de suite si cela est nécessaire, de manière à épuiser la séreuse par un moyen tout mécanique avant de songer à en modifier la sécrétion par des agents irritants et quelquefois redoutables.

3° Quand les aspirations, souvent répétées, n'arrivent pas à tarir la source du liquide, ou quand ce liquide tient en suspension des particules solides, cristaux de cholestérine ou fausses membranes, qui oblitèrent l'étroit conduit de l'aiguille, on fait usage des lavages et des injections successives, de manière à agir lentement sur le tissu

pathologique, et à obtenir progressivement le retrait de la cavité. Ainsi se trouve constituée, à quelques exceptions près (il y a partout des exceptions), *l'unité* dans le traitement des liquides.

Tel est le résumé de la première partie du livre, comprenant un aperçu général de l'aspiration, indiquant son origine, son but, ses usages et ses principales applications.

La deuxième partie est consacrée à l'aspiration des liquides accumulés dans les *organes : kystes* et *abcès du foie, rétention d'urine, hydrocéphalie, spina bifida, hernie étranglée, occlusion* et *pneumatose intestinales.*

La troisième partie comprend les applications de la méthode aspiratrice aux liquides des cavités séreuses (*péricarde, plèvre, synoviale du genou, tunique vaginale*).

La quatrième partie a trait à l'aspiration pratiquée pour les collections du tissu cellulaire superficiel ou profond : abcès par congestion, phlegmon périnéphrétique, phlegmon iliaque, tumeurs sanguines, etc.

La cinquième partie contient la description des appareils aspirateurs.

On comprend par ce rapide aperçu combien sont nombreuses les applications de la méthode aspiratrice. L'auteur établit pour chaque division, le rôle, les indications, le *modus faciendi* et les résultats de l'aspiration. Il montre les précieuses ressources que la thérapeutique peut tirer de l'emploi de ce moyen ; il insiste sur son innocuité qui donne au praticien une sécurité complète lorsqu'il s'agit d'aller à la recherche du liquide pathologique dans le voisinage des organes essentiels à la vie.

Il serait trop long d'entrer dans les détails de ces applications. Nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à l'examen attentif du livre de M. Dieulafoy. Il y trouvera de nombreuses observations empruntées par l'auteur soit à sa propre pratique, soit à celle de médecins et de chirurgiens de tous les pays, car déjà la nouvelle méthode a fait le tour du monde et conquis partout droit de cité. Elle n'a pas dit son dernier mot ; il lui reste à consolider ce qu'elle a acquis et à faire encore de nouvelles conquêtes dans ce domaine véritablement indéfini des applications thérapeutiques. Mais dès à présent elle est assez riche de résultats réalisés pour se recommander à l'attention sérieuse des praticiens amis du progrès. La mé-

thode aspiratrice constitue, en effet, un véritable progrès thérapeutique, et nous sommes heureux que le mérite de cette initiative appartienne à la médecine française.

Dr A. Tartivel.

Etude clinique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéenne, par M. le docteur J. Grasset. Paris, Ad. Delahaye, 1873.

Commençons par dire que le travail de M. le docteur Grasset est plein d'érudition, qu'il sort de la plume d'un *vir doctus et dicendi peritus*, qu'il touche à une question des plus intéressantes et qui n'a été, on peut le dire, qu'effleurée jusqu'à présent. Mais ce travail, appuyé seulement sur six observations propres à l'auteur et quelques autres prises dans divers autres observateurs qui n'ont traité la question que secondairement, ce travail, disons-nous, est loin d'apporter dans ses conclusions ce que promettent les prémisses; autrement dit, dans cette question si importante, l'auteur nous a semblé prendre le plus souvent la cause pour l'effet. Expliquons-nous sur ce point.

Tous ceux qui ont observé et écrit *in aere palustre*, ont été d'accord pour dire et répéter que la constitution médicale des pays palustres avait son cachet propre, c'est-à-dire qu'un grand nombre des maladies observées dans ces contrées s'imprégnaient de cette manifestation spéciale qui parfois apparaît avec cette forme périodique que chacun connaît et qui en fait le caractère, mais qui d'autres fois échappe à l'œil le plus exercé, malgré sa marche spéciale.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille donner aux maladies qui revêtent ce cachet le nom de *pneumonie palustre*, *d'emphysème*, de *gangrène pulmonaire palustre*, et dire que la cause réelle de ces affections vient du miasme palustre? Non, nous ne le croyons pas.

Et de ce qu'un individu aura eu d'abord et à plusieurs reprises des accès de fièvre palustre, puis, qu'après plusieurs récidives de cette fièvre, il sera atteint d'une bronchite chronique, d'une pleuro-pneumonie chronique, d'un emphysème pulmonaire, etc., il s'en doive suivre que ces affections doivent toutes être regardées comme développées et marquées d'une entité palustre? Encore une fois,

non. Le docteur Grasset, procédant par analogie, veut que, comme la rate et le foie qui s'hypertrophient par suite d'hypérémies successives, le poumon, lui aussi, s'hypérémie et se congestionne sous la même influence; voilà malheureusement où l'auteur n'est plus dans le vrai.

Pour notre part, dans un mémoire inséré dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* de Belgique (années 1861-1862), nous avons déjà indiqué que ce mot *impaludisme* ne s'applique pas seulement à toute cette longue nomenclature pyrétologique, émanée de l'action tellurique, mais à toute affection aiguë ou chronique qui, comme nous le disions à l'instant, a été impressionnée par cette action spécifique. Ce qu'il faut savoir, c'est que, dans tous les pays réputés palustres, toute affection dite *organique*, c'est-à-dire dans laquelle il y a altération d'un ou plusieurs organes, avec tendance à un *processus* histologique quelconque, scléreux, caséeux ou autre, il surgit toujours des phénomènes qui tiennent de l'impaludisme, sans que pour cela la cause première soit due à l'élément paludéen. Ce n'est le plus souvent qu'un reflet du milieu tellurique dans lequel l'affection s'est développée.

Cela est si vrai, que, lorsque nous, praticiens des pays palustres, nous voyons se développer une affection à marche chronique, dont les principaux symptômes sont la périodicité, et résister au fébrifuge par excellence, nous nous hâtons de nous écrier : *Timete, timete, latet anguis in herba ;* et en effet, nous voyons apparaître, après un certain temps une affection organique, plus ou moins incurable, cancéreuse ou autre.

Si l'espace ne nous était mesuré, nous pourrions développer cette thèse et la rendre irréfutable ; quoi qu'il en soit, disons que le travail de M. le docteur Grasset est consciencieusement fait, et que, travailleur sérieux, il ne tardera pas, après de mûres observations, à retrouver la voie, qu'il a quittée, trompé qu'il a été par une bifurcation qui l'a entraîné loin du véritable sentier.

***Etudes sur le goître épidémique*, par M. le docteur Nivet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, etc. Paris. J.-B. Baillière.**

L'auteur passe rapidement en revue les conditions étiologiques généralement invoquées dans la production du goître, et en conteste l'influence.

Pour M. Nivet, ni la nature du terrain (jurassique, crétacé, supérieur, tertiaire), ni la composition des eaux (magnésiennes, calcaires, riches en matières organiques ou privées d'air ou d'iode), ne peuvent être admises comme causes efficientes du goître.

Habitat, dans des vallées froides et profondes où se produisent de brusques variations de température; refroidissement du cou par un courant d'air, après une marche forcée ou une ascension avec un fardeau; l'ingurgitation d'eau très-froide, le corps étant en sueur : telles sont en bloc, pour M. le docteur Nivet, les causes évidentes de l'hypertrophie thyroïdienne.

Traitement : quitter les pays où le goître est endémique, éviter les marches excédantes, se couvrir le cou, ne pas boire d'eau glacée, employer l'iode et les iodures *intrus* et *extra*.

Faits intéressants et statistiques nombreuses à l'appui des dire de l'auteur.

Dr A. Cousin.

BULLETIN DES HOPITAUX

Gangrène sèche de la jambe droite, produite par un embolus dans l'artère poplitée. — Laurent (Jean-Pierre), âgé de soixante-neuf ans, cultivateur, entré à l'hôpital Lariboisière le 4 janvier 1873, salle Saint-Louis, nº 28.

Ce malade est depuis six mois à Paris chez ses enfants. Il a eu autrefois des douleurs dans les membres. Depuis quelques années, il était sujet à s'enrhumer tous les hivers, crachait beaucoup. Il gardait le lit depuis quelque temps à cause de son catarrhe.

Le samedi, 28 décembre 1873, il est pris tout à coup d'une douleur très-vive dans le mollet droit ; il lui sembla, disait-il, « qu'on venait de le frapper violemment avec un bâton. » Il ne ressent aucune douleur au cœur. La douleur, dans le membre, est suivie de fourmillements. Dès le lendemain, le malade s'aperçoit que sa jambe devient violacée.

Le 4 janvier, il entre dans le service.

Le 6, bruits du cœur irréguliers, tumultueux ; pouls présentant la même irrégularité. On n'entend pas de bruit de souffle. Gros râles muqueux dans toute la poitrine. On ne perçoit pas les battements de l'artère du membre inférieur, au-dessous de l'anneau du troisième adducteur. La gangrène remonte vers la moitié de la jambe, à la partie interne et postérieure ; à la partie externe, elle remonte

à 8 ou 9 centimètres plus haut. Sur ce côté elle circonscrit un lambeau postérieur sain à convexité inférieure.

Le 10, la gangrène a un peu gagné d'étendue. Elle remonte environ à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Le lambeau postérieur est conservé.

Le 15, les parties gangrenées commencent à se détacher, un sillon se forme. L'état général n'est pas mauvais.

Le 25, l'élimination a fait des progrès, le sillon s'est creusé et atteint les parties osseuses.

Le 29, opération. Les parties molles sont complétement détachées ; on achève l'amputation en se servant du lambeau postérieur disséqué par la nature. Il recouvre parfaitement les surfaces osseuses. On ne donne pas le chloroforme et il ne s'écoule pas de sang : pansement ouaté.

Le 1er février, pas de douleur depuis l'opération, tandis qu'auparavant, surtout les derniers jours, le malade éprouvait une douleur notable. L'état général n'est pas trop mauvais eu égard à l'âge du malade. L'alimentation laisse à désirer. Un peu de constipation. Sommeil assez bon.

Le 8, l'état du malade a considérablement changé. La langue se sèche. Le pouls mou, dépressible, petit, très-irrégulier. Le facies tiré, somnolence. Temp., 36°,9.

Le 9, le malade succombe dans la soirée, sans avoir présenté d'accident notable.

Cette observation soulève un point de pratique intéressant. Faut-il, dans la gangrène sèche, laisser faire la nature jusqu'à ce que la séparation se soit complétement effectuée entre les parties vivantes et les parties mortes ? Ou bien, convient-il mieux d'amputer aussitôt que la ligne de démarcation est assez nettement établie pour que l'on ne craigne pas de tailler un lambeau dans les tissus gangrenés ?

Bien que notre malade ait succombé, bien qu'une suppuration d'un mois ait contribué beaucoup à l'affaiblir, nous pensons cependant qu'il est préférable d'attendre la complète séparation des parties molles de façon à n'avoir qu'à scier les os pour achever l'amputation ; celle-ci devient alors à peu près inoffensive, tandis qu'en amputant dans les parties saines on fait subir au malade toutes les chances d'une grande opération. Dans tous les cas, il est indispensable d'attendre, avant toute opération, que la limite de la gangrène soit établie de la manière la plus formelle.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents ; son traitement. Il existe dans la science un assez grand nombre de cas d'hémorrhagies graves et même mortelles à la suite d'extractions de dents. M. le docteur Joseph Moreau vient de publier sur ce sujet un intéressant mémoire, dont voici les conclusions (auxquelles nous ajoutons de courts extraits relatifs au traitement de cet accident).

L'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents est un accident ordinairement bénin, mais qui, par la gravité exceptionnelle qu'il peut acquérir dans certains cas, doit toujours éveiller l'attention du chirurgien.

Cet accident empruntant toujours sa gravité aux conditions individuelles du sujet et aux affections constitutionnelles dont il peut être atteint, le chirurgien devra consulter les antécédents et avoir présents à l'esprit les signes de l'hémophilie.

Dans le cas où aura été reconnue cette prédisposition aux hémorrhagies, il se refusera rigoureusement à pratiquer l'extraction.

Lorsque le chirurgien se trouvera en présence d'un écoulement de sang consécutif à l'extraction d'une dent, il devra prendre les précautions suivantes : — *a* Débarrasser soigneusement l'alvéole des corps étrangers ; — *b*. Réduire les parties osseuses déplacées ; — c. Réséquer les lambeaux de gencive flottants ou les remettre en place, suivant leur étendue ; — *d*. Faire pratiquer des lavages modérés et interdire absolument les mouvements de succion.

Si l'hémorrhagie persiste, il devra employer le traitement suivant : — *a*. Tamponnement de l'alvéole au moyen d'une substance imperméable à la salive (cire seule ou roulée dans une poudre styptique, charpie trempée dans la cire fondue et saupoudrée d'une poudre styptique ou même inerte, plâtre gâché épais, alliages métalliques ou autres ciments servant à obturer les dents cariées, liége et éponge préparée, agaric, boulettes de toile d'araignée, ouate imbibée d'une teinture résineuse concentrée ; le tampon, quel qu'il soit, doit dépasser l'alvéole pour fournir un point d'appui à un compresseur, s'il y avait nécessité) ; — *b*. Compression constante par un appareil contentif laissant libres, autant que possible, les mouvements des mâchoires. (*Arch. gén. de méd.*, août et septembre 1875.)

Désinfection des salles de gâteux. M. Constantin Paul, alors qu'il était, en 1872, chargé de la direction médicale de l'infirmerie à l'hospice de Bicêtre, fut péniblement affecté de voir l'infection des salles de gâteux, à laquelle on n'avait pas su remédier. Malgré les efforts et les soins de propreté les plus assidus, l'air de la salle était bientôt infecté, alors même qu'il n'y avait que trois ou quatre gâteux ; quand le nombre s'en élevait à quinze, ce qui arrivait souvent, ce n'était plus tenable.

M. Paul chercha d'abord à se rendre compte de la cause de cette infection ; il ne tarda pas à s'assurer qu'elle était produite par les urines subissant la fermentation putride et dégageant de l'ammoniaque. Les matières fécales n'y étaient pour rien, la putréfaction s'en faisant avec plus de lenteur dans ces conditions, et d'ailleurs les selles étant souvent rares chez les vieillards. En conséquence, il examina les urines des gâteux, prises au moment de l'émission, et remarqua qu'elles étaient rarement ammoniacales à ce moment, mais qu'elles ne tardaient pas à le devenir. Restait à trouver une substance qui pût empêcher la fermentation putride de l'urine dans la vessie ou en retarder la putréfaction à l'air libre jusqu'au moment du changement de linge, ce qui, à Bicêtre, chez les gâteux, se fait toutes les six heures.

Il choisit la térébenthine, mais la térébenthine cuite, afin de ne conserver que la résine qui s'élimine par les urines et en retarde la décomposition putride. Les gâteux reçurent deux fois par jour, dans leur soupe, une pilule contenant 20 centigrammes de térébenthine cuite : ils ne se doutent même pas qu'ils prennent une pilule et la tolérance en est parfaite; la digestion des malades n'est nullement troublée, et l'on ne constate aucune modification dans leur santé; seulement l'urine résiste à la putréfaction pendant plus de vingt-quatre heures. Du reste, on continuait les soins de propreté comme auparavant. L'infection de la salle ne s'est plus produite.

Il y a eu dans une salle jusqu'à quatorze gâteux sans qu'il s'y produisit la moindre odeur. L'expérience a été continuée six mois avec un succès complet, et aujourd'hui ce moyen n'est plus seulement appliqué dans l'infirmerie, on l'étend au service des grands infirmes. (*Répert. de pharm.*, 1873, nº 12.)

Du traitement de l'hémoptysie par la digitale. Après avoir, dans sa thèse inaugurale (1873) passé en revue dans un exposé rapide les divers traitements de l'hémoptysie, le docteur H. Reboul étudie d'une façon générale l'action de la digitale et en propose, après bon nombre d'auteurs (voir *Bull. de Thérap.*, t. XLIX), l'emploi dans l'hémoptysie. Il conseille de la donner à haute dose suivant la formule suivante : poudre de digitale, 3 à 4 grammes, infusés dans eau, 200 grammes; sirop de limons, 40 grammes; à faire prendre par cuillerée à bouche toutes les heures.

Le médecin doit surveiller attentivement l'action du médicament donné à si haute dose, et le suspendre à la première apparition des nausées et des vomissements. De plus, on ne doit pas donner la digitale à tous les phthisiques qui crachent du sang, mais en limiter l'emploi, comme fait M. Bouchard dans le service duquel les observations ont été recueillies, aux hémoptysies accompagnées de fièvre. Dans les cas où les reins sont atteints d'inflammation ou de dégénérescence amyloïde, on ne doit pas employer ce médicament, qui, ne pouvant plus être éliminé par les urines, déterminerait promptement des accidents toxiques, ainsi que cela résulte d'une communication de M. Bouchard à la Société de biologie, qui se trouve résumée dans l'article suivant. (*Revue des sc. méd.*, t. II, nº 2.)

Sur l'action de la digitaline dans les cas de néphrite. A la séance de la Société de biologie du 21 juin 1873, le docteur Bouchard a attiré l'attention sur un fait extrêmement important.

Dans la néphrite, et en particulier dans la maladie de Bright, il a observé que les substances toxiques données aux malades étaient rapidement suivies de phénomènes d'intoxication par suite de l'imperméabilité rénale et du défaut d'élimination du médicament par les urines. La digitaline et l'opium administrés aux brightiques ont pu ainsi, à dose thérapeutique, promptement déterminer des symptômes d'empoisonnement. M. Claude Bernard a fait observer à ce sujet que l'intoxication par le curare se produit très-rapidement et peut amener la mort lorsque, préalablement à son administration, on a lié les artères rénales; d'après lui, on peut attribuer l'apparente innocuité du curare ingéré à l'élimination rénale qui l'emporte sur l'absorption lente de l'intestin. (*Gaz. méd. de Paris*, nº 27, et *Revue des sc. méd.*)

Empoisonnement par des escargots. M. le docteur Dumas (de Cette) a observé sept individus qui ont éprouvé des symptômes manifestes d'empoisonnement à la suite d'un repas composé d'escargots, à savoir : des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des vertiges, de la fièvre, etc.; les malades n'avaient mangé d'aucun autre mets. La cause des accidents ne pouvait pas résider dans le mauvais état du vase où avait eu lieu la cuisson, c'était une casserole nouvellement étamée. Il semble hors de doute que ce sont les escargots qui, dans ce cas, ont été le véhicule du poison. Ces mollusques, comme on sait, se nourrissent fréquemment de plantes qui sont vénéneuses pour l'homme, telles que la belladone, la

eiguë, la digitale ; aussi a-t-on soin de les laisser jeûner avant de les préparer. C'est ce qui n'avait pas été fait pour ceux dont il est ici question. Or le terrain où ils avaient été recueillis était couvert de buis, d'euphorbes, etc. Un point à ne pas oublier aussi, c'est que le plus ordinairement on ramasse les escargots dans les vignes et que celles-ci peuvent être soutenues par des échalas qui, avant d'être enfoncés en terre, ont pu être trempés dans une solution de sulfate de cuivre. Mérat et Delens rappellent dans leur Dictionnaire des faits analogues relatés par Reussi, par Gaspard, etc. (*Montpellier méd.*, juin 1873.)

Sur l'emploi du bromure de potassium dans les vomissements incoercibles de la grossesse. La première idée d'appliquer les propriétés du bromure de potassium au traitement des vomissements souvent si rebelles de la grossesse, appartient à M. le docteur Gimbert (de Cannes), qui a bien voulu communiquer à notre recueil un fait des plus probants en faveur de cette médication (t. LXXXI). Cet agent a été récemment préconisé dans un journal italien, qui a apporté de nouveaux faits à l'appui de son efficacité. Nous ne croyons pas nécessaire de les analyser, et nous nous bornerons à dire que, à l'exemple de notre très-distingué confrère M. Gimbert, c'est en lavements, forme très-bien indiquée dans l'affection à combattre, que le médicament doit être administré. On commence par une dose de 6 à 8 grammes par jour, dose que l'on diminue progressivement jusqu'à 2 grammes, à mesure que l'état des malades s'amende. (*Gaz. med. lomb.*)

Bons effets des injections hypodermiques dans le choléra. A l'occasion d'une lettre adressée à M. Am. Latour, dans laquelle M. le docteur Bonnemaison, professeur suppléant de clinique médicale à l'Ecole de Toulouse, propose l'emploi des injections sous-cutanées comme mode d'introduction des médicaments, morphine, atropine, strychnine, etc., chez les cholériques, M. le docteur Massart, de Honfleur, vient de communiquer trois cas où l'administration de la morphine, au moyen de la seringue de Pravaz, lui a donné les résultats les plus avantageux. Nous nous contenterons de citer le suivant.

Le 31 juillet dernier, notre confrère, appelé dans la nuit pour visiter une femme de soixante-cinq ans, atteinte, lui dit-on, de *cholérine avec crampes*, eut soin de se munir de sa seringue à injection et d'une solution de morphine au vingt-cinquième. Face grippée, yeux rentrés dans l'orbite, crampes atroces à la région épigastrique, se répétant toutes les cinq minutes depuis l'espace de deux heures ; refroidissement général, sueur visqueuse, pouls misérable, doigts repliés dans la paume de la main, ongles et extrémités digitales bleus, urines suspendues, vomissements, selles liquides troubles, grises, d'un aspect granuleux et d'une odeur fade : tels étaient les symptômes que présentait la malade. Immédiatement M. Massart pratiqua à l'épigastre une injection de dix gouttes de la solution, soit 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine; et en même temps il fit faire des frictions avec des flanelles chaudes. Une heure environ après, les crampes diminuaient, les selles étaient arrêtées, une potion avec du bismuth, de la teinture de cachou et un peu de sirop d'éther put être prise et gardée. A une seconde visite au bout de quelques heures, les accidents n'avaient pas reparu. (*Un. méd.*, 1873, n° 122.)

Traitement de la dysenterie chronique des pays chauds par la diète lactée. Les avantages de la diète lactée dans les affections qui ont pour conséquence l'anémie, l'affaiblissement général, ont été maintes et maintes fois mis en évidence par divers auteurs, dont le *Bulletin de thérapeutique* a analysé les travaux, notamment par M. Pécholier (t. LXXI) et par M. Leclere (t. LXXVI), qui ont noté, l'un la dysenterie, l'autre les ulcérations du tube digestif, comme pouvant bénéficier de ce régime. M. le docteur Clavel vient à son tour d'apporter, dans sa dissertation inaugurale, un témoignage favorable à ce mode de traitement de la dysenterie chronique. C'est dans les pays chauds que cet auteur a observé ; mais il n'est pas douteux que les mêmes effets ne puissent être obtenus dans nos climats.

D'après l'expérience de M. Clavel,

le lait, par ses propriétés nutritives, peut combattre très-efficacement l'anémie et l'affaiblissement souvent extrême du dysentérique; il favorise également la cicatrisation des lésions, quelquefois si profondes, de l'intestin.

Le lait d'ânesse, qui est plus léger que celui de vache et qui renferme moins de beurre, conviendrait surtout chez les dysentériques qui ont en même temps une lésion hépatique, parceque, dans ce dernier cas, la bile, qui joue un si grand rôle pour l'émulsion des matières grasses, est sécrétée et déversée dans l'intestin en moindre abondance.

Le lait peut être administré pur, ou additionné d'un peu d'eau de chaux, pour qu'il soit mieux supporté par l'estomac, ou coupé avec un peu d'eau.

On commence d'abord par en faire prendre 1 litre dans les vingt-quatre heures, et en porter la quantité, au bout de quelques jours, à 3 ou 4 litres. Le lendemain ou le surlendemain de l'emploi de la diète lactée on peut remarquer que la diarrhée devient plus considérable; mais au bout de quelques jours la constipation est tellement prononcée, qu'on est obligé d'avoir recours à un lavement huileux. Les thèses de MM. les docteurs H. Bizion et J. Ilodorel, soutenues toutes deux cette année, ont été faites sur le même sujet. (*Un. méd.*, 1873, nº 122.)

VARIÉTÉS

Etude des circonstances qui provoquent l'intolérance momentanée ou permanente de la fumée de tabac (1);

Par M. le docteur E. Leudet, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Rouen.

Je n'ai pas l'intention, en entreprenant ce travail, de signaler une nouvelle variété d'accidents éprouvés par les fumeurs de tabac. Ces accidents sont bien connus aujourd'hui. Malgré les exagérations passionnées des partisans et surtout des détracteurs du tabac, l'usage de la fumée de cette plante n'a fait que s'accroître ; l'esprit d'habitude et d'imitation sera plus fort que tous les pamphlets, même ceux d'une main royale, comme le *Misocapnie* du roi Jacques d'Angleterre. Je n'ai donc pas la prétention d'amener une modification dans l'usage de la fumée du tabac; mon but est plus circonscrit, c'est de préciser quelles sont les circonstances qui rendent la fumée de tabac nuisible pour certains individus, pour ceux qui contractent cette habitude, comme pour ceux qui l'ont prise depuis un temps plus ou moins long.

On sait parfaitement que des enfants ou même des adultes qui fument pour la première fois, ressentent des accidents toxiques plus ou moins prononcés ; chez le plus grand nombre d'entre eux, des vomissements, une sensation de faiblesse constituent les seuls accidents. Chez d'autres, les accidents sont presque de nature à effrayer les

(1) Nous devons à l'obligeance de MM. J.-B. Baillière et fils communication de ce travail inédit qui doit paraître prochainement dans la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*. Le savant clinicien a rassemblé dans ce volume une série d'études cliniques ; les unes sont entièrement inédites, les autres sont le développement ou la continuation de travaux antérieurs.

familles. Ainsi Marshall-Hall (cité par Tiedemann, *Geschichte des Tabaks*, p. 351, 1854) rapporte l'observation d'un jeune homme qui, après avoir débuté par fumer deux pipes, éprouva des nausées, des vomissements, de violentes convulsions, une syncope avec respiration stertoreuse et une dilatation considérable des pupilles. Le jour suivant, les syncopes reparurent, et dans la soirée le jeune homme éprouva un état d'hébétude, une gêne considérable de la respiration et des crampes. Le malade se rétablit lentement. J'ai choisi ce fait entre un grand nombre qui démontrent l'action nuisible du tabac fumé chez les gens non habitués, pour cette raison que le jeune homme dont Marshall-Hall nous raconte l'histoire, a éprouvé une durée exceptionnellement prolongée des accidents. Le fait n'est pas cependant aussi rare qu'on pourrait le supposer. Cette susceptibilité de certains individus au début de l'usage de la fumée de tabac, se rencontre parfois, mais beaucoup plus rarement, quand le tabac est prisé. Une femme de dix-sept ans ne pouvait prendre de tabac sans éprouver des vertiges tellement intenses, qu'elle était obligée de se coucher. Une dame de cinquante ans eut des vertiges plusieurs mois en prenant quelques prises de tabac ; ce ne fut qu'après un long apprentissage qu'elle réussit à priser sans malaise.

L'intolérance pour la fumée de tabac est plus prolongée et plus commune qu'on ne le croit généralement ; je maintiens qu'un grand nombre de fumeurs éprouvent, à certains moments, dans quelques conditions, des accidents de peu de gravité, en général vertigineux, dyspnéiques ou dyspeptiques. La tolérance peut donc n'être jamais absolue. Ainsi, chez les uns, la quantité de tabac fumée est plus ou moins grande, tel ne peut fumer le matin à jeun, tel ne peut fumer la pipe ou la cigarette. Un cigare plus ou moins riche en nicotine, ou même un cigare dont la feuille trop serrée, le tabac trop humide, rendent la combustion lente et incomplète, et ne détruisent pas les huiles empyreumatiques, provoque même chez les gens habitués des accidents variés. Leur intensité et leur fréquence n'empêchent pas le fumeur de continuer l'usage du tabac.

Il n'en est pas toujours ainsi, et malgré l'habitude très-marquée chez certaines personnes, il arrive fréquemment qu'il se produit des accidents qui forcent le fumeur à y renoncer.

Pour élucider cette question, j'ai interrogé d'une manière suivie mes malades de la clientèle civile et hospitalière.

Sur 153 hommes adultes de la classe aisée, 76 fumaient et 23 prisaient. Par conséquent 99 usaient du tabac ; 54 n'en usaient pas.

Sur 835 individus de la classe pauvre, interrogés, il y avait 425 hommes et 410 femmes.

Sur les 425 hommes, 227 fumaient, 97 prisaient, 31 chiquaient, par conséquent 355 usaient du tabac.

Sur les 410 femmes de la classe ouvrière, 203 prisaient.

La population de la ville de Rouen use donc largement du tabac, sous forme de tabac à fumer ou sous forme de tabac à priser. Quoique ce détail ne soit pas un éclaircissement pour le sujet que j'étudie ici, je dois faire remarquer que l'habitude de priser, parmi les femmes de la classe ouvrière, est due surtout à leur vie en commun dans les ateliers des grands établissements industriels de notre localité. Les jeunes filles y contractent cette habitude souvent dès l'âge de sept à dix ans ; il est juste de noter que je n'ai jamais vu d'inconvénient réel provenant du tabac prisé.

Il n'en est pas de même du tabac fumé.

Parmi les 153 individus cités plus haut, et appartenant à la classe aisée, j'en ai trouvé 22 qui avaient renoncé à leur habitude, les uns (5) par volonté ou par convenance, les autres (11) par suite du développement d'accidents gastro-intestinaux, d'autres (5) à la suite d'accidents du côté du système nerveux, enfin 1 après des accidents du côté du cœur.

Les accidents peuvent dériver ou bien de l'agent toxique ou bien de l'état de l'individu lui-même. Dans la première catégorie il faut placer la *saturation* nicotique. Blatin (*Bull. gén. de Thérap.*, 40° année, vol. LXXVIII, p. 337) a déjà insisté sur ce sujet. La saturation nicotique n'a rien d'analogue à l'accumulation de la strychnine, elle ressemble beaucoup plus à la saturation alcoolique. Chez les alcoolisés, même parmi ceux qui ne sont pas encore parvenus à la période cachectique, l'alcool, dont l'individu pouvait supporter, sans troubles très-appréciables, des quantités considérables, cesse, même à des doses relativement très-faibles, de pouvoir être supporté. L'ivrogne renonce presque à boire parce que cela le rend fou. Cet état d'intolérance alcoolique arrive surtout chez les sujets qui ont éprouvé de graves perturbations du côté du système nerveux. Il en est presque de même chez le fumeur, lorsqu'il dépasse une certaine mesure. L'ouvrier qui fume pour 50 à 60 centimes par jour arrive souvent, après quelques années, à une intolérance absolue et à l'obligation ou bien de renoncer complètement à fumer ou bien de diminuer considérablement la quantité de sa consommation journalière de tabac. Cette saturation se reproduit plus rapidement chez les gens de la classe ouvrière que chez ceux de la classe aisée.

Decaisne (*Bull. gén. de Thérap.*, 39° année, vol. LXXV, p. 87, 1868) a noté que les effets généralement si défavorables de la fumée de tabac, chez les enfants, étaient moins marqués chez ceux qui étaient bien nourris que chez ceux dont la nourriture était insuffisante. On sait qu'outre les accidents buccaux, qui sont de simples effets du contact du corps chaud et du poison narcotico-âcre sur la muqueuse buccale

et pharyngienne, Decaisne a noté des intermittences du pouls, des épistaxis, un sommeil agité, tous accidents qui semblent tirer leur origine de la diminution des globules du sang, d'une prédisposition naturelle de l'enfance aux accidents hémorrhagiques et nerveux. Richardson (*For and against Tobacco*, p. 165, 1865) prétend aussi qu'à la suite de l'abus de la fumée de tabac, le sang devient plus pâle et qu'il coule plus facilement, que les globules du sang perdent leur forme ronde, qu'ils deviennent ovales et à bords irréguliers ; au lieu de s'empiler et de s'agréger, ils restent séparés et n'ont aucune attraction l'un pour l'autre.

L'état d'affaiblissement qui succède aux maladies graves favorise le développement des accidents, après l'absorption de la fumée de tabac à fumer. J'ai observé ce fait fréquemment chez des convalescents qui affirmaient que la maladie semblait leur avoir fait perdre la tolérance antérieurement acquise. Cela n'étonne nullement, quand on songe aux accidents que la convalescence produit du côté du système nerveux ; il me suffira de rappeler, pour les affections aiguës, les recherches de Gubler sur les paralysies des convalescents, et pour les affections chroniques, le travail que j'ai publié dans les *Archives générales de médecine* sur les troubles nerveux vasomoteurs survenant dans les maladies chroniques. Je trouve un exemple remarquable de cette action toxique, provoquée par le tabac à chiquer, chez un homme convalescent de pneumonie, traitée par le tartre stibié, dans la thèse inaugurale soutenue à Montpellier, 1866, par Brion (*Relation médicale de la campagne de la frégate à voiles* L'IPHIGÉNIE, *voyage à la Nouvelle-Calédonie*, 1864-1865). « Le nommé Ruello, matelot de troisième classe, âgé de vingt-deux ans, a été affecté de pneumonie et traité par l'émétique à dose modérée (30 à 40 centigrammes par vingt-quatre heures) pendant cinq jours. Le médicament était suspendu depuis deux jours, quand, au début de la convalescence, le malade est tombé tout à coup dans un état d'hyposthénie extrême, avec pâleur de la face, sueurs froides, nausées et état de défaillance continue, faiblesse très-grande du pouls. Nous ne pouvions pas rapporter ces symptômes à l'action du tartre stibié, puisqu'il était suspendu depuis quarante-huit heures ; heureusement nous arrivâmes bientôt à découvrir qu'ils provenaient d'un véritable empoisonnement par du tabac, que le malade avait mâché en assez grande quantité dans la journée. L'administration immédiate des toniques, bouillon chaud, thé, eau vineuse tiède, ramena promptement la chaleur et ranima les forces. »

Les causes que je viens de passer en revue constituent des conditions prédisposantes à l'action nocive de la fumée de tabac ; un autre agent, qui agit dans le même sens et produit, lui aussi, l'altération du sang et du système nerveux, l'alcool, serait presque un antagoniste.

Ainsi Richardson (*loc. cit.*, p. 28) écrit que l'usage du tabac à fumer arrête les effets de l'intoxication alcoolique. Cette proposition me semble au moins très-hasardée. Je suis loin de croire que l'absorption de la fumée de tabac arrête le développement de l'ivresse alcoolique ; quant aux effets de l'intoxication alcoolique chronique, je possède de nombreuses observations qui démontrent le contraire. Le tabac est le plus souvent nuisible chez l'alcoolisé, soit en exagérant les accidents de dyspepsie provoquée par la gastrite chronique, soit en augmentant les perturbations du système nerveux, comme le tremblement ou les vertiges.

L'épuisement du système nerveux à la suite de fatigues intellectuelles ou somatiques, prédispose aux mêmes accidents. Tous les auteurs ont décrit les palpitations, battements des artères, bruits dans les oreilles, vertiges et défaut d'équilibre qui surviennent chez les fumeurs. Richardson, qui les décrit également, ajoute que si ces accidents se produisent chez un individu qui commence à fumer, ils doivent l'avertir de renoncer à l'usage du tabac. Il faudrait ajouter encore que cette surexcitation du système nerveux vasomoteur peut se produire dans certains épuisements physiologiques et pathologiques. La fatigue intellectuelle produit une surexcitation du système nerveux vasomoteur, provoque l'accélération des battements du cœur, des vaisseaux, surexcite même, chez certains individus, les sécrétions. Sous l'influence de cette prédisposition, la fumée augmente les vertiges, détermine même, parfois, un trouble de l'équilibre ou des fourmillements aux extrémités. Cet état, parfaitement décrit par quelques individus, n'a en général qu'une courte durée, et cesse même quelquefois, quand l'individu continue de fumer. Je rapprocherai de cet épuisement, pour ainsi dire, du système nerveux, une forme particulière de surexcitation du système cardio-vasculaire qui apparaît dans la phthisie. Un jeune homme de vingt-quatre ans, présentant des signes locaux stéthoscopiques d'une tuberculisation pulmonaire, souffrait de palpitations, de dyspnée ; bien que fumeur invétéré, il avait remarqué que la fumée de quelques bouffées de tabac lui produisait une amblyopie momentanée et des vertiges incommodes, si bien qu'il avait dû renoncer au tabac. Je n'attribue pas cette influence nocive du tabac à la tuberculisation pulmonaire, mais bien à la forme spéciale indiquée plus haut.

A ces phénomènes de surexcitation de l'appareil vasculaire se joignent des insomnies quelquefois très-incommodes et à tremblement fibrillaire, ballisme de Spring, qui n'est le plus souvent qu'un accident de courte durée, mais qui peut se répéter très-fréquemment.

Chez les fumeurs, habitués de longue date, il arrive fréquemment que l'absorption d'une quantité de nicotine qui, pendant longtemps,

n'avait aucune action fâcheuse, provoque des accidents qu'ils remarquent, mais qu'ils sont impuissants à faire cesser ; ces accidents marqués du côté des fonctions de la respiration et de la circulation, ont été le plus souvent décrits dans leurs manifestations les plus graves, comme l'angine de poitrine, décrite par Beau ; je connais plusieurs exemples de ces symptômes. Ainsi, un de mes confrères, homme fort et un peu obèse, peu habitué à la marche, me racontait que lorsqu'il avait beaucoup fumé dans la soirée, il éprouvait, le lendemain, une douleur sous-sternale, le surlendemain un peu de toux. Chez les individus à circulation excitable, chez les gens obèses, j'ai fréquemmeut remarqué ces accidents ; ils s'accompagnent quelquefois d'intermittences du pouls. Un homme de vingt-cinq ans, atteint de spermatorrhée depuis l'âge de quinze ans, avait contracté, à l'âge de dix-huit ans, l'habitude de fumer et était arrivé à fumer journellement, en moyenne, dix cigares de 15 centimes. Cet homme, atteint de spermatorrhée depuis l'adolescence, éprouvait, depuis l'âge de vingt ans, une dyspnée telle qu'il ne pouvait courir ; il se plaignait de palpitations, de battements dans la tête. Ces accidents disparurent à la suite de la cessation de l'usage du tabac à fumer. Ainsi donc j'ai constaté que les individus soit à circulation habituellemeut excitable, sans autres accidents, soit par suite de disposition lymphatique et anémique, ou bien les individus obèses, sont surtout ceux chez lesquels la fumée de tabac provoque des accideuts de spasme sous-sternal ou d'angine de poitrine plus ou moins marqués.

Les affections organiques du cœur détruisent-elles la tolérance pour la fumée de tabac ? La question est encore irrésolue pour moi ; j'ai vu plusieurs individus atteints de lésion de l'aorte et des valvules de ce vaisseau, qui ne pouvaient plus supporter l'usage du tabac. J'en ai vu d'autres au contraire qui continuaient à fumer sans aucun inconvénient. Il doit y avoir cependant une cause dans cette variété d'action des individus atteints d'affection du centre circulatoire ; il est vraisemblable pour moi que l'intolérance se manifeste de préférence chez ceux dont l'hématose souffre réellement, c'est-à-dire dans ces maladies du cœur qu'accompagnent l'aglobulie et l'éréthisme nerveux consécutif.

Les troubles des fonctions digestives, la dyspepsie nerveuse flatulente et même la néphrétique, sont au nombre des conditions qui font le plus fréquemment cesser la tolérance à la fumée de tabac, même chez les fumeurs invétérés, et cela d'autant plus facilement, que l'absorption de la nicotine produit, chez les fumeurs, des accidents de ce genre. On sait que, dès les premiers temps de l'introduction du tabac en Europe, les auteurs qui s'étaient occupés de ce sujet avaient prétendu que les Indiens avaient recours à la fumée de tabac pour

calmer la faim, et que grâce à ce moyen ils pouvaient facilement faire de longs voyages sans avoir besoin de recourir à une alimentation réparatrice. Les recherches ultérieures ont fait justice de cette hypothèse. Elle se base cependant sur un fait certain, mal interprété. Chez beaucoup d'individus, l'absorption de la nicotine fait disparaître la faim, quand l'absorption a lieu trop près de l'heure des repas, mais elle ne supplée pas à l'alimentation. Au début de ce travail, j'ai déjà fait remarquer que l'abstinence et l'alimentation insuffisante étaient une condition déterminante des accidents de l'intoxication nicotique, surtout des troubles nerveux et de l'amblyopie.

Chez les dyspeptiques, la fumée du tabac provoque souvent des excitations, même un hoquet; elle provoque une sécrétion catarrhale de l'intestin et des évacuations alvines liquides, comme celles qui résultent de digestions incomplètes. Ainsi, un homme de trente-huit ans, appartenant à la classe aisée de la société, contracta, à l'âge de vingt-cinq ans, l'habitude de fumer ; il fumait six à huit cigares de 25 centimes par jour. Vers l'âge de trente-huit ans il devint sujet à des douleurs néphrétiques, à du météorisme stomacal et intestinal, à des éructations. A cette époque, la fumée de tabac, qui avait toujours provoqué chez lui des selles un peu faciles, causait des vertiges et du malaise lorsqu'il en usait après un repas. Il renonça au tabac pendant une année, après avoir déterminé la relation de causalité de ces accidents. Pendant ce temps un traitement alcalin réussit à faire disparaître les troubles dyspeptiques. La guérison de la dyspepsie obtenue, cet homme put reprendre, sans inconvénient aucun, l'habitude de fumer. La tolérance à la nicotine était rétablie. Ces intolérances momentanées à certains ingesta, ne sont pas absolument rares ; ainsi chaque médecin pourrait citer des individus qui, pendant une période plus ou moins longue de leur vie, ont cessé momentanément de digérer certains aliments, des fruits par exemple. Ces intolérances momentanées trouvent sans aucun doute leur raison d'être dans un état particulier de l'absorption de la muqueuse digestive dont la manière d'agir éprouve, chez l'homme, des variations si nombreuses et si fréquentes, comme les sécrétions.

Les individus qui usent habituellement des boissons alcooliques, surtout ceux qui sont atteints de gastrites, ont fréquemment une recrudescence de douleurs d'estomac, sous l'influence de la fumée de tabac. Parmi ces derniers, quelques-uns nous ont assuré que leur malaise était provoqué par la quantité de crachats expectorés pendant qu'ils fumaient. Une autre circonstance qu'on n'a pas assez notée et qui n'est pas sans influence sur les troubles dyspeptiques, c'est la quantité de boissons ingérées par les fumeurs. J'ai eu l'occasion de voir, pendant la dernière occupation prussienne, plusieurs officiers de cette nation qui absorbaient plusieurs litres d'eau par jour tandis

qu'ils fumaient. Certaines affections du système nerveux, le tremblement congénital, la paralysie générale, l'encéphalite, provoquent l'intolérance à la fumée de tabac. Je pourrais citer plusieurs exemples de chacun de ces faits. Ce sont en général des accidents nerveux, vertiges, lipothymies, que provoque, chez ces malades, l'usage de la fumée de tabac.

CONCLUSIONS

1° Certaines modifications physiologiques ou pathologiques peuvent provoquer l'intolérance momentanée ou permanente de la fumée de tabac ;

2° Chez beaucoup d'individus, la tolérance du tabac n'est pas absolue ;

3° La jeunesse, l'adynamie des convalescents, la nutrition insuffisante, c'est-à-dire l'aglobulie, prédisposent à l'intolérance ;

4° L'alcoolisme, surtout compliqué d'accidents gastriques, est une cause prédisposante à l'intolérance ;

5° Parmi les causes d'intolérance, il faut ranger la fatigue intellectuelle et morale ; la phthisie, accompagnée de palpitations, de troubles nerveux ;

6° Les excitabilités anomales de l'appareil circulatoire chez les gens anémiques, lymphatiques, obèses ; certaines maladies du cœur ;

7° La dyspepsie, la gastrite alcoolique ;

8° Quelques maladies du système nerveux, comme le tremblement congénital, la paralysie générale et peut-être quelques affections organiques du cerveau.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur baron Pelletan de Kinkelin, médecin honoraire des hôpitaux ; — de M. le docteur Godart, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Pontoise, médecin du ministère des affaires étrangères.

Le choléra a Paris. — Le Bulletin sanitaire de la ville de Paris a enregistré, pour la semaine finissant le 31 octobre : choléra, 20 décès ; choléra infantile, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 22 ; — Pour la semaine finissant le 7 novembre : choléra, 11 décès ; choléra infantile, 0 ; diarrhée cholériforme des enfants, 3.

Conseil d'hygiène. *Choléra.* — Une instruction concernant le choléra a été publiée par le conseil d'hygiène. Elle recommande principalement : 1° de traiter au plus vite la diarrhée préliminaire par la menthe, le rhum, les opiacés, etc. ; 2° de veiller à l'exécution des soins hygiéniques (propreté, sobriété, vêtements suffisamment chauds, etc.) ; 3° de placer les lits au milieu des chambres et non dans les encoignures ; 4° de désinfecter le produit des déjections alvines et des vomissements par l'addition d'acide phénique (2 à 10 grammes par litre d'eau), de chlorure de chaux, d'eau de Javelle ; de laver dans des solutions des mêmes substances les effets qui auront servi aux cholériques.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'emploi du bromure de potassium comme adjuvant dans le traitement des fièvres intermittentes ;

Par M. le docteur E. VALLIN,
agrégé libre du Val-de-Grâce, médecin en chef de l'hôpital militaire de Batna (Algérie), membre de la Société médicale des hôpitaux.

Nous tenons tout d'abord à nous défendre de l'intention de présenter ici un nouveau succédané du quinquina ; nous voulons seulement appeler l'attention sur un médicament qui, dans le traitement des fièvres, peut répondre à certaines indications et rendre des services comme adjuvant de la médication quinique. Le quinquina est un remède merveilleux, et presque toujours, bien administré, il empêche le retour de la fièvre ; mais dans les cas *rares* où, malgré un emploi judicieux et prolongé, il reste inefficace, on est véritablement désarmé, et l'on se trouve presque aussi embarrassé que l'étaient nos pères avant l'introduction de la poudre de Talbot.

Voici dans quelles circonstances nous avons été conduit à recourir au bromure de potassium dans le traitement des fièvres périodiques et à lui assigner une place, très-modeste d'ailleurs, à côté de l'agent consacré par l'expérience et la tradition.

Au mois de septembre 1872, nous recevions, à l'hôpital de Batna, un malade dont l'observation détaillée sera donnée plus loin, et que chaque matin, pendant trois semaines, nous trouvions aux prises avec un accès d'une violence extrême ; en vain nous donnions le sulfate de quinine par la bouche, en lavements, en injections hypodermiques, à doses massives ou filées, associées à de petites doses d'extrait d'opium ; nous le remplacions par la poudre de quinquina à haute dose, par l'arsenic, etc.; chaque matin l'accès revenait à son heure et avec son allure habituelles. La médecine allait-elle donc être forcée d'avouer son impuissance à *couper la fièvre*, alors surtout que la violence inaccoutumée de l'attaque excitait l'attention et la curiosité maligne d'une salle à demi remplie d'indigènes ? En vérité, ce cas était l'opprobre de l'art.

Nous abandonnâmes alors l'arsenal pharmaceutique (1) pour la

(1) Nous regrettons de n'avoir pas songé à employer les infusions chaudes

spéculation théorique, et nous nous demandâmes si nous n'avions pas devant nous une fièvre compliquée d'un élément nerveux insolite, un de ces exemples d'habitude pathologique, de répétition sans nouvelle provocation d'un acte fonctionnel, dont les expériences bien connues de Bégin sont un curieux spécimen. On sait que Bégin, cherchant à expliquer la périodicité dans les fièvres par une habitude vicieuse de l'organisme malade, se plongea chaque matin, pendant l'hiver, dans le courant de la Moselle, à Metz : la réaction était prompte, énergique, régulière ; au bout de quelques jours, il cessa l'immersion, et à l'heure accoutumée le frissonnement et la réaction se produisirent encore, bien que ce jour-là l'observateur fût resté dans son lit. En outre, chez notre malade, la violence des tremblements dans la période de frisson semblait indiquer que l'empoisonnement palustre avait exalté la sensibilité réflexe de la moelle ; la comparaison de l'accès de fièvre avec la convulsion (Trousseau) nous revint forcément à l'esprit, et nous imaginâmes d'administrer le médicament par excellence qui modère l'excitabilité médullaire, le bromure de potassium, comme nous l'aurions fait dans une attaque éclamptique, ou pour calmer des accidents nerveux compliquant une maladie quelconque. Au bout de trois jours de l'emploi du sel, la fièvre manqua pour la première fois depuis trois semaines, et pendant huit jours ne reparut pas. Dans six autres cas, nous employâmes le même médicament avec des succès un peu divers, mais en général satisfaisants.

Avant de voir ces faits en détail et quels ont été les résultats de l'expérience, il nous paraît utile d'examiner si l'induction était logique, et quel peut être dans ce cas le mode d'action du bromure de potassium.

Nous ne pouvons mieux faire que d'abriter cette étude sous ces lignes empruntées à M. Gubler :

« La quinine n'est pas l'antidote du poison palustre, le spécifique de la périodicité, mais simplement le modérateur de l'action spinale ou le régulateur de l'innervation vaso-motrice. Si elle réussit mieux que l'un quelconque de ses nombreux succédanés contre les fièvres de marais à forme intermittente ou rémittente, c'est qu'elle possède à un plus haut degré la puissance d'isoler, pour

---

avec l'acétate d'ammoniaque dont M. L. Colin dit avoir obtenu un grand bénéfice dans des cas semblables (L. Colin, *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1870, p. 405).

ainsi dire, le centre médullaire et d'en économiser les forces, de tonifier, de galvaniser, si je puis ainsi dire, le grand sympathique; en définitive, de s'opposer à l'évolution des symptômes phlogistiques qui se déroulent dans le cours d'un accès fébrile (1). »

Nous avons été heureux, en rédigeant cette note, de rencontrer dans les *Commentaires du Codex* cette appréciation large et philosophique de l'action du quinquina ; la doctrine des spécifiques, admise longtemps comme un dogme et sans contestation, est la sanction de l'empirisme aveugle, de celui des sorciers et des bonnes femmes, et il est grand temps de chercher à répondre autrement que Molière à cette question : « Pourquoi l'opium fait-il dormir ? »

Sans doute il importe de distinguer dans le quinquina l'agent antipériodique de l'agent antipyrétique, et peut-être dans les pays où les maladies palustres sont rares ou bénignes, se laisse-t-on facilement aller, comme l'observe M. L. Colin, à confondre deux modes d'action qui, dans une certaine mesure, doivent rester distincts ; mais s'il est admissible ou prouvé que le bromure de potassium détermine sur l'économie une action physiologique comparable à celle de la quinine, il paraîtra moins étonnant que l'on puisse, dans certains cas, compléter ou remplacer l'action curative de son congénère.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter les différentes théories physiologiques de la fièvre, de rechercher si c'est une paralysie des nerfs vaso-moteurs ou bien une suspension d'action de ce centre modérateur et régulateur que l'on place dans la moelle allongée ; mais on peut dire d'une manière générale qu'on est unanime aujourd'hui à considérer la fièvre comme le résultat d'une perturbation des fonctions de la moelle, un trouble d'innervation des centres nerveux.

Jusqu'à ces dernières années, le dernier mot de la science semblait être que le sulfate de quinine guérit la fièvre par son action sur les centres modérateurs de l'innervation motrice, sensitive, vaso-motrice ou trophique, et la citation que nous empruntions tout à l'heure aux *Commentaires du Codex* montre que cette opinion était en quelque sorte devenue classique en France. Les travaux récents de Naunyn, Quinck et Binz tendraient à faire admettre que l'action de la quinine peut être indépendante de tout

(1) Gubler, *Commentaires du Codex*, p. 593.

rapport avec ces centres modérateurs, et M. L. Colin (1) a exposé ici même avec un grand sens critique et une érudition complète les éléments de ce difficile problème. Sans entrer dans la discussion, on peut dire que le mode d'action de la quinine repose sur trois propriétés principales : 1° comme beaucoup d'alcaloïdes, mais à un degré infiniment supérieur, elle entrave l'échange de gaz, l'oxydation, l'ozonisation des globules rouges (Binz et Kerner), d'où résulte une diminution des combustions, l'abaissement très-notable de l'urée et de l'acide urique (Ranke et Kerner) ; 2° elle agit directement sur la fibre musculaire, en particulier sur les fibres du cœur (Briquet, Jolyet, Nasse et Waldorf) et diminue l'irritabilité hallérienne ; 3° elle semble avoir sur la moelle une action sédative et diminuer la sensibilité réflexe des centres nerveux. Les deux premières propriétés s'appliquent surtout à l'action antipyrétique, la dernière nous paraît la condition *sine qua non* de l'action antipériodique.

Bien que nous protestions contre la pensée de faire un rapprochement exagéré entre deux médicaments distincts à beaucoup de titres, on ne peut nier qu'il n'y ait là une certaine analogie d'action avec celle du bromure de potassium. Le bromure, *de cette base* en particulier, ralentit la circulation et la respiration ; il abaisse la température, il produit la paresse des muscles, le ralentissement du cœur, la paralysie des sphincters ; consécutivement, il modère la nutrition et diminue l'excrétion de l'urée (2). En outre, d'après les travaux si nombreux qu'a suscités dans ces dernières années le bromure de potassium, son action la moins contestable est la diminution de la sensibilité réflexe de la moelle : l'inertie du pharynx sollicité par des titillations, la torpeur génitale, l'influence bienfaisante de ce sel dans les névroses convulsives et les névropathies, sont des faits que les recherches de Laborde, Martin-Damourette et Pelvet, Brown-Séquard, Rabuteau, comme aussi l'expérience de chacun, ont rendus vulgaires.

Aussi voyons-nous ce dernier, l'auteur le plus récent d'un traité de thérapeutique, former une classe de médicaments qu'il appelle *modificateurs de l'innervation et de la myotilité*, et dans l'ORDRE

---

(1) *Etude sur les sels de quinine, leur action physiologique et médicale*, Léon Colin, *Bulletin de Thérapeutique*, 1872, t. LXXXIII, p. 5 et 49.

(2) Rabuteau, *Eléments de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, 1872, p. 673.

des *névro-musculaires* il réunit : la digitale, le tartre stibié, l'ipéca, le sulfate de quinine, les solanées vireuses, le bromure de potassium.

Il ajoute d'ailleurs : « J'ai joint à cette classe les bromiques, dont l'étude laisse encore beaucoup à désirer, et dont le classement m'a paru le plus difficile (1). »

M. Gubler, de son côté, range parmi les médicaments synergiques et auxiliaires de la quinine, « ... tous ceux qui augmentent le pouvoir du système vaso-moteur, et qui modèrent la dépense d'innervation ; de ce nombre sont le bromure de potassium, peut-être l'arsenic et quelques autres substances (2). »

M. Briquet va beaucoup plus loin : « La quinine n'est donc pas seulement un contro-stimulant cardiaco-vasculaire, comme le pensait Giacomini ; elle est encore moins un tonique, mais bien un stupéfiant, un hyposthénisant de tout l'ensemble du réseau nerveux ; elle abolit la puissance nerveuse ; c'est une sorte de chloroforme maniable ; aussi ne s'étonnera-t-on pas de trouver une propriété antipériodique dans les diverses substances stupéfiantes et anesthésiantes ; seulement la quinine, en raison de ses propriétés spéciales et de la facilité de son maniement, est au premier rang parmi elles... On comprend maintenant que d'après l'expérience antique les préparations opiacées, que d'après Boudin, Fodéré et Gasc l'arsenic, que d'après M. Bouillaud la digitale, que d'après M. Delioux de Savignac le chloroforme, que d'après mon expérience le nitrate de potasse, jouissent de la propriété antipériodique et aient été employés avec avantage comme fébrifuges (3). »

Jusqu'à présent cette synergie des bromures et de la quinine semble n'avoir guère dépassé les limites d'une conception théorique ; elle repose sur des vues physiologiques qui, elles-mêmes, il faut bien le reconnaître, ne sont pas exemptes d'une certaine obscurité. Nous avons recherché si on était allé plus loin, si ce

(1) Rabuteau, *loc. cit.*, p. 59.

(2) Gubler, *loc. cit*, p. 591.

(3) Briquet, *Réflexions sur le mode d'action des sels de quinine* (*Bull. de Thérap.*, 1872, t. LXXXIII, p. 341).

Il est à noter que la plupart des médicaments qualifiés ainsi d'*antipériodiques* par M. Briquet constituent la classe des névro-musculaires de M. Rabuteau, qui y range les bromiques.

sel avait été employé dans le traitement des fièvres intermittentes ; notre recherche n'a pas été vaine, et la question s'est trouvée moins neuve que nous ne le pensions.

Dans une lettre adressée à la *Gazette médicale*, et où malgré son titre il n'est guère question de choléra ni de traitement du choléra, un médecin russe, le docteur Courtener (1) dit avoir tiré grand profit de l'association du bromure de potassium et de la quinine dans le traitement des fièvres : « J'ai employé, dit-il, le bromate de quinine dans les fièvres intermittentes avec un avantage incomparable ; celles qui ne cédaient pas à l'usage rationnel du sulfate de quinine pendant des mois et des années étaient guéries avec 2 décigrammes de bromate de quinine administrés deux ou trois fois par jour, pendant trois ou quatre journées, et rarement il était nécessaire de revenir au traitement, malgré les conditions prédisposantes à des rechutes dans lesquelles se trouvaient les malades. Les migraines si difficilement curables, les névralgies à type périodique cèdent vite à ce remède. »

La note du docteur Courtener est consacrée en grande partie à démontrer l'analogie d'action physiologique des bromures et de la quinine ; elle est écrite dans un esprit très-scientifique, et l'auteur paraît s'appuyer sur une longue expérience de ce médicament.

Nous ne trouvons nulle autre part mention de ce nouveau sel, et c'est peut-être cette communication qui a inspiré à un pharmacien de l'armée, M. Latour (2), la pensée d'étudier, au point de vue chimique, les combinaisons du brome avec la quinine et la cinchonine. M. Latour a obtenu, par une préparation facile, des sels bien définis, parfaitement cristallisés ; il n'a pas encore fixé d'une manière exacte la solubilité du bromhydrate neutre (acide) de quinine, mais il le dit *très-soluble* dans l'eau (3) ; en

(1) Lettre sur le bromate de quinine et sur son emploi dans le choléra-morbus, par M. le docteur Courtener, ancien médecin en chef des hôpitaux de Moscou (*Gaz. méd.*, 1865, p. 804).

(2) Latour, *Note sur les bromhydrates de quinine et de cinchonine*, in *Recueil des mémoires de médecine militaire*, 1871, t. XXV, p. 544.

(3) M. Courtener dit que le *bromate* de quinine est soluble dans 4 parties d'eau à 15 degrés ; il y a probablement une erreur de rédaction, il veut parler du bromhydrate, car il dit : « On obtient le bromate de quinine en traitant la quinine par l'acide bromhydrique, puis en évaporant soit à cristallisa-

outre, ce sel contient 61 pour 100 de quinine; le sulfate neutre, ou acide, en contient 67.

On trouvera dans le mémoire de M. Latour les indications les plus complètes sur la constitution chimique de ces composés; nous nous occupons de nous en procurer afin d'étudier la valeur thérapeutique d'une association qui nous paraît très-heureuse.

Nous avons cherché à savoir si le bromure de potassium avait par lui-même une action antipériodique sérieuse: nous avons laissé plusieurs jours sans traitement quinique, sans rien changer à leur hygiène, des malades atteints de fièvre tierce, à marche régulière, chez qui les accès persistaient malgré le repos à l'hôpital; quand nous ne leur donnions que du bromure, les accès suivaient leur cours; ils cédaient presque toujours à la première dose suffisante de quinine. Par contre, nous verrons que le bromure a réussi à prévenir des accès de névralgie, revenant en tierce, et rebelles à la médication quinique.

C'est peut-être moins contre la périodicité que contre un désordre concomitant des fonctions cérébro-spinales que le bromure semble agir; peut-être une sensibilité exagérée de la moelle, un épuisement nerveux favorisent-ils le retour indéfini des accès intermittents, de la même manière que l'anémie favorise ou entretient certaines névropathies douloureuses ou convulsives; le bromure de potassium, dans ce cas, ne guérirait pas plus la fièvre que le fer ne guérit l'hystérie; mais l'un et l'autre sont de véritables adjuvants de la médication curative. En outre, il n'est pas impossible qu'il se produise, à la suite de fièvres rebelles, une sorte d'habitude vicieuse de l'organisme, ainsi que nous le disions en rappelant l'expérience de Bégin. N'est-ce pas un fait d'observation que les fièvres sont d'autant plus rebelles, toutes choses égales d'ailleurs, qu'elles ont été plus négligées, qu'on a laissé un plus grand nombre d'accès avoir lieu? Indépendamment de l'usure organique, de l'épuisement nerveux qui résultent de chaque assaut, représentant en quelque sorte une courte maladie aiguë, il se peut que l'habitude pathologique joue ici un rôle; M. Gubler semble partager cette opinion, car, énumérant les propriétés de l'*eucalyptus globulus*, il décrit le mode d'action de l'huile essentielle,

---

tion, soit à siccité. » C'est à peu près le procédé qu'emploie M. Latour pour préparer les bromhydrates.

d'où résulterait, dit-il, « dans certains cas, la disparition des accès, qui seraient ramenés, en l'absence de l'intervention de la cause spécifique, par une sorte d'habitude morbide (1). »

C'est ainsi que nous expliquons la nécessité où nous nous sommes le plus souvent trouvé de revenir au bout de quelque temps au sulfate de quinine pour compléter la guérison : la fièvre, après avoir cédé assez rapidement au bromure, reparaissait bientôt malgré la continuation de ce sel ; mais alors la quinine, jadis inefficace, retrouvait son action et faisait cesser définitivement la fièvre.

Il se produit là sans doute quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour les préparations opiacées, etc. : quand une substance a été continuée longtemps, elle n'impressionne plus l'organisme, même en élevant les doses, tandis qu'un succédané, parfois très-voisin, a son effet complet. Le bromure de potassium jouerait peut-être, vis-à-vis de la quinine, le même rôle que la narcéine, la codéine vis-à-vis de la morphine, ou le chloral par rapport à l'opium. Puis certaines idiosyncrasies rendent tel malade réfractaire à un médicament, alors qu'une substance de même ordre l'impressione vivement. A ces différents titres, le bromure de potassium peut, dans des cas qui resteront rares, rendre quelques services dans le traitement des fièvres périodiques.

Malgré la monotonie des observations de ce genre, nous reproduirons celle-ci tout au long, à cause de la netteté et de la précision du résultat.

Obs. I (recueillie par M. le docteur Dardignac, médecin aide-major). — Seisser, âgé de trente et un ans, soldat au 3e zouaves, au service depuis douze ans, est en Afrique depuis 1870 ; c'est un homme très-vigoureux, bien constitué. Déjà, en 1871, il a eu quelques accès de fièvre à Philippeville. A la fin de juin 1872, au moment des moissons, il travailla comme faucheur dans une ferme réputée marécageuse et insalubre, à 15 kilomètres de Batna; le 16 juillet il y fut pris d'une fièvre pernicieuse qui faillit l'emporter et que nous traitâmes à l'hôpital du 16 au 24 juillet. Bien qu'il ne soit plus retourné à cette ferme, il reprend, le 20 août, une fièvre quotidienne irrégulière, et rentre dans notre service le 1er septembre 1872. Il est un peu anémié, mais encore très-robuste; la rate mesure 12 centimètres et dépasse de deux doigts le rebord

(1) *Sur l'Eucalyptus globulus* (Gubler, *Bull. de Thérap.*, 1871, t. LXXXI, p. 197).

costal. Avant d'entrer à l'hôpital, il a pris chaque matin, pendant huit jours, 1 gramme de sulfate de quinine ; malgré cela, la fièvre est revenue tous les jours.

Dès l'entrée, nous le soumettons au traitement par l'arsenic ; après un éméto-cathartique, il prend, le 3 septembre, et tolère 40 grammes de liqueur de Boudin, soit 4 centigrammes d'acide arsénieux, en doses fractionnées ; le 4, il tolère encore 40 grammes; le 5 et les jours suivants, on s'arrête à la dose journalière de 30 grammes ; cette médication est continuée régulièrement jusqu'au 20 septembre. Pendant ce temps, les accès reviennent d'une façon peu réglée, mais avec une grande violence ; nous trouvons la fièvre notée le 4, le 6, le 9, le 15, le 18 et le 19. Le traitement arsenical est dès lors abandonné comme inefficace.

Du 19 au 28 septembre, l'accès revient tous les jours sous nos yeux : frisson avec claquement de dents, trépidation violente des membres à quatre heures du matin ; sueur profuse de huit heures à midi, et pourtant la quinine n'a pas été épargnée : elle était administrée devant nous ou dans la journée par le médecin de garde.

Le 20 septembre, deux heures après la cessation de la sueur, sulfate de quinine, 1 gramme, en solution au cinquantième, la moitié à trois heures, le reste à six heures du soir.

Le 21, accès à quatre heures du matin ; à minuit, sulfate de quinine, 1g,50.

Le 22 et le 23, accès habituel ; pas de quinine.

Le 24, accès le matin ; sulfate de quinine, 1 gramme à six heures ; 50 centigrammes à huit heures ; 1 gramme à minuit ; chaque dose est associée à 2 centigrammes d'extrait d'opium ; ivresse quinique.

Le 25, accès à l'heure habituelle, ainsi que les jours suivants, jusqu'au 28 septembre. On suspend la quinine.

Le 28, apyrexie.

Le 30, la fièvre reparaît avec une intensité encore plus grande.

Du 1er au 21 octobre, elle se répète tous les jours, sans une seule exception, sous le type *double quotidien*. Un premier accès débute à deux heures du matin par un frisson qui agite tous les membres et secoue bruyamment le lit ; à huit heures, la sueur coule avec une abondance extrême et, comme on garnit les matelas avec une toile imperméable, elle forme parfois de larges traînées sur le sol. Après une apyrexie qui dure deux heures, vers midi ou une heure apparaît un nouveau frisson qui ne le cède en rien à celui du matin, et l'accès se termine par une sueur profuse qui cesse à cinq ou six heures du soir.

Dans les intervalles apyrétiques, le malade ne souffre point, il a un appétit véritablement vorace ; il n'y a ni anasarque ni albuminurie ; l'état général reste en apparence relativement bon. L'inefficacité du sulfate de quinine en ingestion stomacale conduit à essayer les injections hypodermiques.

Le 3 octobre, à onze heures du matin, à la fin de la période sudorale du premier accès, on injecte par quatre piqûres à la face externe du bras, sulfate de quinine, 60 centigrammes; le malade ressent bientôt *un peu* d'ivresse quinique, et à une heure, un nouveau frisson se traduisait devant nous par une véritable succussion de tout le corps.

Le 4, accès à trois heures du matin ; à dix heures, alors que les sueurs ont bien diminué et malgré les réclamations du malade affamé dont nous dérangeons le repas, on injecte sous la peau 30 centigrammes de sulfate de quinine; à onze heures, même dose. Effets physiologiques peu marqués. A une heure, frisson très-violent; sueurs de cinq à huit heures.

Le 5 et le 6, nouveaux accès, pas de quinine.

Le 6, on administre un vomitif comme perturbateur.

Du 7 au 12, on fait prendre chaque jour un opiat avec 30 grammes de poudre de quinquina jaune; le malade fait lui-même des bols qu'il avale tout le long du jour.

Le 9, le 10 et le 11, on applique en outre douze ventouses sèches le long du rachis.

Le 12 et le 15, l'accès du milieu du jour manqua; le frisson commençait plus tôt, à neuf heures, le soir; la sueur ne se terminait qu'à midi, le reste de la journée était calme; mais, tous les autres jours, jusqu'au 21 octobre, les deux accès biquotidiens reparurent aux heures accoutumées. Pas d'aggravation sensible dans l'état général, malgré ces causes d'épuisement; anémie modérée. C'est alors que j'imaginai de recourir au bromure de potassium.

Du 12 au 17 octobre, le malade ne prit aucun remède; accès biquotidien chaque jour.

Le 17, potion avec bromure de potassium, 2 grammes.

Le 18, accès double. Potion avec bromure de potassium, 4 grammes.

Le 19, accès double. Potion avec bromure de potassium, 4 grammes.

Le 20, accès double. Potion avec bromure de potassium, 6 grammes.

Le 21, les deux accès manquent complétement pour la première fois depuis vingt jours. Potion avec bromure de potassium, 6 grammes.

Du 22 au 25 inclus, l'accès manque complétement. Potion avec bromure de potassium, 6 grammes.

Le 26, pas d'accès; le malade dit avoir eu un peu de moiteur pendant la nuit, mais n'a pas senti d'accès; à huit heures du matin et toute la journée il est sans fièvre. On cesse le bromure. Quatre pilules de carbonate de fer, à continuer.

Le 27, apyrexie tout le jour.

Le 28, apyrexie le matin; de huit à neuf heures du soir un peu

de sueur, qui mouille une chemise, sans autre apparence d'accès.

Le 29, apyrexie complète.

Le 30, apyrexie le matin ; à six heures du soir, frisson léger ; à huit heures, sueur modérée ; moiteur toute la nuit.

Le 31, apyrexie.

Le 1er et le 2 novembre, accès modéré à six heures du soir.

Le 3, on donne, le matin à dix heures, sulfate de quinine, 50 centigrammes, avec le repas ; même dose à deux heures. L'accès du soir manque.

Le 4, sulfate de quinine, 1 gramme. Pas d'accès.

Jusqu'au 15, le malade prend du vin de quinquina, des pilules de fer. Il reçoit, chaque matin, une douche froide qu'on vient d'installer, et la fièvre ne reparaissant plus, l'état général devenant meilleur, le malade quitte l'hôpital.

Obs. II. — Lefebvre, vingt-cinq ans, soldat au 78e de ligne, en Afrique depuis deux ans. A diverses reprises accès de fièvre, qui ont cédé facilement à la quinine.

Le 28 février 1873, il entre à l'hôpital de Batna avec un embarras gastrique, un ictère catarrhal et une fièvre intermittente irrégulière, rebelle au sulfate de quinine ; cependant il n'y a plus eu d'accès du 18 au 31 mars ; le 28 mars on donna, par précaution, 1 gramme de quinine.

Le 1er avril, apyrexie.

Le 2, accès complet, violent ; frisson à sept heures du matin ; sueur à deux heures du soir. Sulfate de quinine, 1 gramme, à dix heures du soir.

Les 3, 4 et 5, apyrexie.

Le 6, accès à sept heures du matin, sueurs à trois heures du soir. Sulfate de quinine, 1 gramme, par moitié à huit heures du soir et à minuit.

Le 7, à cinq heures du matin, sulfate de quinine, 75 centigrammes. L'accès du matin retarde jusqu'à dix heures du matin ; sueur à trois heures du soir ; à dix heures du soir, sulfate de quinine, 75 centigrammes.

Le 8, à six heures du matin, sulfate de quinine, 75 centigrammes ; à neuf heures du matin, accès complet et violent.

Le 9, apyrexie.

Le 10, accès violent à six heures du matin ; sueur à midi, terminée à trois heures du soir.

Le 11, accès à six heures du matin. Sulfate de quinine, 1 gramme à huit heures du soir, 1 gramme à quatre heures du matin.

Le 12, accès à dix heures du matin ; sueur à quatre heures du soir.

Le 13, accès à midi ; sueur à quatre heures. On commence le bromure de potassium, 2 grammes.

Le 14, accès à midi ; sueur à quatre heures. Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 15, apyrexie. Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 16, léger accès à midi ; sueur à une heure ; apyrexie à deux heures un quart. Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 17, apyrexie; insensibilité réflexe de la gorge. Bromure de potassium, 4 grammes.

Les 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 25, apyrexie. Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 26, frisson léger à onze heures ; à midi, temp., 39°,2 ; sueur à une heure du soir ; à trois heures du soir, temp., 36°,8. Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 27, accès à midi ; sueur à trois heures. Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 28, accès à midi ; sueur à trois heures du soir. Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 29, accès à onze heures du matin. Sulfate de quinine, 1 gramme, à dix heures du soir.

Le 30, sulfate de quinine, 1 gramme, à sept heures du matin ; apyrexie toute la journée.

Du 1er au 7 mai, apyrexie ; un accès reparaît le 8. Sulfate de quinine, 1 gramme. La fièvre ne revient plus, et le 18 mai, le malade quitte l'hôpital après avoir achevé un traitement par les ferrugineux et le vin de quinquina.

Les deux observations qui précèdent, et particulièrement la dernière, font parfaitement ressortir le fait que nous mentionnions plus haut : le bromure de potassium, après avoir brisé la série des accès et arrêté pendant quelque temps la fièvre, devient bientôt impuissant, tandis que le sulfate de quinine retrouve son efficacité habituelle, et, par des doses modérées, amène la guérison définitive.

L'observation suivante mérite d'être rapportée, parce que la fièvre a eu un caractère rémittent ou de pseudo-continuité, qui, rebelle au sulfate de quinine, a cédé au bromure de potassium.

Obs. III. — Porchet, infirmier, vingt-sept ans, constitution athlétique; il a passé six mois à Tuggurth, où il a été éprouvé par les fièvres; il est de retour à Batna depuis deux mois, et est fréquemment repris par des accès. En dernier lieu, depuis huit jours, la fièvre revient chaque matin par un frisson, la chaleur ne cède jamais complétement, l'abattement est très-grand; le sulfate de quinine, administré presque chaque jour, ne produit aucune amélioration, et le malade entre le 3 décembre à l'hôpital.

A son entrée, accablement, vertiges, agitation nocturne, intelli-

gence très-nette; langue rouge et sèche; constipation; fièvre presque continue depuis deux jours (frisson à six heures du matin, chaleur + 39°,6 à midi, quatre heures et huit heures du soir, sueur pendant la nuit jusqu'au retour du frisson). Calomel et jalap le matin; sulfate de quinine, 1g,50 à huit heures, dix heures et minuit.

Le 4, frisson le matin, fièvre ardente tout le jour.

Le 5, même état, sueur très-abondante de deux heures à six heures du soir. Sulfate de quinine, 1g,50, à huit heures et à minuit.

Les 6, 7, 8 et 9, fièvre continue, avec frisson le matin, sans rémission notable. Le 9, bromure de potassium, 2 grammes.

Le 10, céphalalgie violente, mais apyrexie tout le jour. (La cessation de la fièvre est peut-être une coïncidence.) Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 11 et le 12, apyrexie; le malade est beaucoup moins abattu et demande à manger. Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 13, apyrexie le matin; frisson à sept heures du soir, sueur toute la nuit. Bromure de potassium, 2 grammes, et sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 14, apyrexie. Bromure de potassium, 2 grammes; snlfate de quinine, 75 centigrammes, à huit heures du soir.

Les 15, 16 et 17, apyrexie. Pas de médicament.

Le 18, à onze heures du matin, frisson violent, sueur terminée à quatre heures du soir. Sulfate de quinine, 1 gramme, à dix heures du soir.

Du 19 au 25, apyrexie; légère moiteur le 25 à huit heures du soir et toute la nuit, mais le malade n'a pas senti d'accès; il sort le 1er janvier sans avoir eu de nouveau la fièvre.

Obs. IV. — Lévis, soldat au 78e; deux entrées à l'hôpital de Batna, le 4 décembre 1872 et le 5 mars 1873.

Du 8 au 28 décembre, traitement par des doses répétées de sulfate de quinine : quatorze accès en vingt jours.

Du 2 au 12 janvier, bromure de potassium, 2 à 4 grammes par jour. Trois accès en dix jours. Continuation du traitement et guérison par quelques doses de quinine, le vin de quinquina et les ferrugineux. Sort le 24 janvier.

Nouvelle entrée le 5 mars.

Du 10 mars au 21 avril, traitement par la poudre de quinquina (15 grammes), quelques doses de sulfate de quinine, et par la liqueur arsenicale (du 9 au 21 avril) : pendant ces quarante jours, vingt-six accès très-violents.

Du 21 avril au 3 mai, bromure de potassium, de 2 à 4 grammes; quatre accès seulement en onze jours.

Du 4 au 12 mai, suppression du bromure de potassium; un seul accès, coupé par le sulfate de quinine, 1g,20.

Nous pourrions, à ces quatre observations, en ajouter deux autres où le résultat est resté douteux, mais qui ne peuvent cependant être rangées parmi les insuccès.

Dans trois cas, au contraire, l'insuccès a été complet, incontestable, sans que rien nous ait semblé expliquer ces différences. Les malades, très-cachectiques, sont restés aussi rebelles au bromure de potassium qu'au sulfate de quinine. Ils n'ont éprouvé d'amélioration que par l'emploi prolongé des douches froides, qui rendent véritablement de très-grands services dans ces cas, quand l'eau est froide, la pression forte, quand elles sont courtes et que la réaction est bien surveillée.

Nous n'avons jusqu'ici parlé de l'emploi du bromure de potassium que dans les cas de fièvre intermittente proprement dite; ce sel garde la même efficacité dans les accidents palustres périodiques, mais non fébriles, rebelles au sulfate de quinine : non-seulement, il fait cesser la douleur actuellement existante dans les cas de névralgie sus-orbitaire, mais encore il peut prévenir le retour des paroxysmes à longue échéance. Depuis que ce mémoire est écrit, nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas bien tranchés à l'hôpital de Constantine.

Obs. V (recueillie par M. le docteur Mendeville, médecin aide-major). — Gatrbois, 3e d'artillerie, en Afrique depuis mai 1871 ; fréquentes récidives de fièvre chaque année ; la dernière rechute a eu lieu, le 8 juin, par des accès quotidiens, et nécessite, le 13, l'entrée dans notre service à l'hôpital de Constantine.

Le malade est d'une bonne constitution, encore vigoureux, légèrement anémié. Le 14, l'accès est coupé par le sulfate de quinine.

Du 16 au 28 juin, rares accès ; douches froides, vin de quinquina ; ferrugineux.

Le 29 juin, accès fébrile à six heures du soir, accompagné, dès le début, d'une névralgie sus-orbitaire gauche très-douloureuse.

A partir de ce moment, tous les deux jours, sans aucune exception jusqu'au 4 août, revient, d'abord à six heures du soir, puis à neuf heures du soir, une névralgie extrêmement violente, qui commence à heure fixe, amène une rougeur très-marquée de ce côté de la face, avec injection de la conjonctive et larmoiement, sueur abondante de la face et moiteur de tout le corps. La douleur cesse régulièrement à une heure de la nuit. Pendant les premiers jours, elle n'est, en quelque sorte, qu'un symptôme violent, une complication d'accès de fièvre tierce : progressivement, le frisson fait défaut, l'accès débute d'emblée par une chaleur de

moins en moins forte, mais jusqu'à la fin suivie de sueur générale.

Le 19 juillet, la névralgie restait la seule manifestation de l'accès, et le thermomètre donnait à trois heures du soir + 36°,8 ; à neuf heures et demie du soir, peu de temps après le début de la douleur, + 37°,4. L'affection ne paraît se rattacher à aucune cause accidentelle extérieure ; tout refroidissement est invraisemblable au mois de juillet à Constantine. Quelques jours après le début de la névralgie apparaît une paralysie incomplète du côté opposé de la face, complication palustre que nous avons fréquemment observée, et qui fera l'objet d'un mémoire spécial.

Le sulfate de quinine, administré fréquemment et à doses élevées, n'a pu réussir à empêcher une seule fois l'accès.

Les 2, 3, 5, 9, 11 et 13 juillet, sulfate de quinine, 1g,50 en deux fois, à dix heures du matin et à cinq heures du soir ; la névralgie revient à son heure, avec sa violence accoutumée, et se termine exactement et complétement à une heure du matin. Des préparations narcotiques modifient à peine la douleur de l'attaque ; deux vésicatoires pansés à la morphine, du 14 au 20, ne produisent aucun soulagement notable.

Le 21, le 22, le 23 et le 25 juillet, on administre encore la quinine, dont la dose est poussée jusqu'à 2g,50 par jour, associée avec 5 centigrammes d'extrait d'opium : aucun changement appréciable.

Le 28, on commence le bromure de potassium à 3, puis à 4 et 5 grammes par jour, sans interruption.

Le 31, la névralgie a commencé à neuf heures du soir, heure habituelle, mais elle s'est terminée à minuit, au lieu d'une heure (le malade insiste sur cette différence), et surtout la douleur a été beaucoup moindre ; en outre, l'accès ne s'est pas accompagné de sueur de la face, comme à l'ordinaire ; le malade, jusqu'alors désespéré, est radieux.

Le 2 août, accès névralgique à cinq heures du soir, terminé à huit heures du soir ; douleur modérée ; pas de sueur.

Le 4, douleur à peine marquée de six heures à six heures et demie du soir.

Le 6, la névralgie manque complétement.

Le bromure de potassium est continué par précaution jusqu'au 20 août ; pendant ces derniers jours, où nous quittons l'hôpital de Constantine pour celui de Bone, le malade n'a eu que de rares élancements, qui ont nécessité deux doses faibles de quinine, et le 27 août il sort complétement guéri.

Nous mentionnerons encore de mémoire, la note écrite étant égarée, l'histoire d'un infirmier de notre service, atteint depuis longtemps de fièvres récidivées, mais assez vigoureux et peu anémié, qui fut pris, au commencement de juin 1873, d'une né-

vralgie sus-orbitaire revenant chaque matin à neuf heures, pendant la visite. La douleur était atroce, amenait la décomposition des traits, la pâleur de la face et souvent des vomissements sympathiques ; le malade réclamait à grands cris des injections hypodermiques de morphine, qui produisaient un peu de soulagement : d'ailleurs l'attaque ne durait que deux heures environ, et la douleur cessait complétement jusqu'au lendemain.

Le sulfate de quinine, employé à haute dose pendant huit jours, fut impuissant à empêcher le retour ou à diminuer l'intensité des accès; le bromure de potassium, à la dose de 2 à 6 grammes, fit manquer une ou deux fois la crise, rendit les autres supportables, et permit bientôt de revenir au sulfate de quinine, qui rendit la guérison complète et définitive.

Ces dernières observations ont une analogie plus apparente que réelle avec celles décrites dans un intéressant mémoire de M. le docteur Barudel (1), médecin principal de l'armée. M. Barudel observait à Rome, sur des malades souvent épuisés par la cachexie palustre ; il a employé le bromure de potassium avec grand succès dans une forme d'hémicranie qu'il croit spéciale, en ce sens qu'elle est liée étroitement à l'anémie. Ces hémicranies, bien que souvent observées chez des sujets impaludés et soumis comme tels à la quinine, ne sont point de nature palustre; le sulfate de quinine ne les modifie pas, il est même contre-indiqué, tandis que le bromure de potassium amène un soulagement rapide et durable. M. Gubler insiste, dans ses *Commentaires* (2), sur cette distinction des névralgies irritatives ou congestives, tributaires celles-là de la quinine, et des névralgies liées à un état d'abincitation ou d'anémie locale, où la quinine est contre-indiquée. Dans les observations que nous venons de rapporter, les sujets n'étaient pas notablement anémiques, et dans l'une surtout la forme congestive était vivement accusée par la rougeur de la face et de la conjonctive ; ces névralgies étaient véritablement palustres, et cependant la quinine a échoué ; elles ont cédé au bromure de potassium, qui a si bien réussi dans la forme opposée, décrite par M. Barudel.

(1) *De l'hémicranie causée par l'anémie, de son traitement par le bromure de potassium* (Barudel, *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1867, t. XVIII, p. 571).

(2) Gubler, *Commentaires du Codex*, p. 592.

Evidemment, les circonstances dans lesquelles le bromure de potassium est appelé à rendre des services ne sont pas encore parfaitement définies ; de plus, elles sont rares. Les sept ou huit cas qui précèdent représentent une observation de près de deux ans dans des localités palustres, où les fièvres intermittentes figurent la moitié environ des maladies traitées à l'hôpital (1). Ce n'est donc qu'à titre de ressource exceptionnelle que nous mentionnons l'efficacité de ce médicament, et en terminant nous repoussons de nouveau toute intention de vouloir le substituer au quinquina ou à ses dérivés dans le traitement des maladies palustres et périodiques.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Application du procédé d'Esmarch à une amputation de jambe et à l'ablation d'une tumeur du bras ;

Note de M. le docteur CAUCHOIS, interne des hôpitaux

M. Demarquay, témoin, pendant son récent voyage à Vienne, des bons effets obtenus, à la clinique de M. Mosetig, par l'application de la nouvelle méthode hémostatique d'Esmarch aux opérations sanglantes, s'est empressé de l'imiter dans son service à la Maison municipale de santé. Il a exactement suivi le manuel décrit dans son discours par le professeur de Kiel (2).

I. *Amputation de la jambe droite au tiers inférieur chez une jeune femme atteinte de carie des os du tarse avec fistules, foyers de suppuration*, etc., etc. — Pendant la chloroformisation on entoure le membre avec une bande d'un tissu élastique, en exerçant une compression graduée depuis l'extrémité des orteils jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, de telle sorte que le sang est refoulé dans le tronc par les capillaires et par les veines. Un peu au-

(1) Du 1er avril 1872 au 1er juin 1873, nous avons eu à traiter, dans notre service à l'hôpital de Batna, neuf cent soixante cas de fièvre intermittente ou rémittente.

(2) *Ueber künstliche Blutleere bei Operationen*, von F. Esmarch. Kiel, 1873. (*Abdruck aus der Sammlung Klinischer Vortrage, Chirurgie*, n° 19.)

dessous du point où finit le bandage, on fait un double tour avec un tube en caoutchouc du volume de l'index, en le serrant assez fortement pour empêcher tout abord du sang artériel. Un simple nœud fixe les extrémités de ce tube (dans le manuel opératoire d'Esmarch, celles-ci sont terminées chacune par un crochet et on arrête le dernier tour du tube en les accrochant ainsi l'une à l'autre).

On déroule ensuite la bande élastique à partir des orteils jusqu'à une distance suffisante au-dessus du point où doit porter le couteau, pour permettre de tailler les lambeaux.

La fraction du membre découverte apparaît alors comme privée de vie : elle est décolorée; toute circulation y est manifestement supprimée. Il est d'ailleurs facile de s'en assurer par l'exploration des artères, où l'on ne trouve plus aucun battement.

L'amputation est pratiquée par la méthode à lambeaux : *pas une goutte de sang n'est sortie des vaisseaux et par conséquent n'a été perdue par la malade.*

Trois ligatures ont été appliquées sur les artères tibiale antérieure, tibiale postérieure et péronière. La surface du moignon, et notamment celle de l'os, paraît pour ainsi dire exsangue. On déroule alors le bandage tout entier. Le reste du membre se montre avec le même aspect qui nous avait déjà frappé sur le segment inférieur. Quand le tube en caoutchouc est dénoué, nous voyons la peau d'abord recouvrer sa teinte normale, puis le moignon se colorer à son tour et le canal médullaire notamment reprendre bientôt une vive rougeur. En même temps les pulsations étaient normales dans l'artère poplitée. Les suites de l'opération furent régulières. Il est incontestable que la malade, anémiée déjà, véritablement épuisée par la longueur d'une affection osseuse arrivée à la suppuration, a reçu un bénéfice considérable de cette méthode d'amputation, qui ne lui a pas fait perdre *une seule goutte de sang.*

II. S'il faut considérer comme un avantage important pour les suites d'une opération l'absence de toute hémorrhagie primitive, immédiate, on n'oubliera pas non plus que cette dernière condition est en général favorable à la sûreté et à la rapidité de l'opération en elle-même. A ce titre elle sera sans doute toujours recherchée par le chirurgien quand il attaquera une de ces tumeurs

voisines de la racine des membres, dont la riche vascularisation rend souvent la dissection laborieuse. Dans un cas pareil, le procédé d'Esmarch a trouvé une heureuse application entre les mains de M. Demarquay.

Un enfant de sept ans portait depuis environ six mois une tumeur qui occupait une étendue de 8 à 10 centimètres de la région postérieure et supérieure du bras. Recouverte d'une peau saine, molle et dépressible en certains points, elle adhérait à la fois aux téguments et à l'aponévrose sous-jacente ; en haut et en bas ses limites n'étaient pas réellement établies. L'ablation en est décidée. Le bandage roulé décrit plus haut est appliqué depuis l'extrémité des doigts jusqu'au-dessus de la tumeur ; puis la bande élastique étant écartée au niveau de la tumeur, M. Demarquay pratique, sur cette dernière, une incision verticale de 8 centimètres de longueur. Il se trouve alors en présence d'une production fibreuse riche en vaisseaux et en graisse, mais surtout fortement adhérente à la peau d'une part, à l'aponévrose de l'autre : la dissection de la tumeur fut longue à cause de ces adhérences et cependant il ne s'écoula pas une goutte de sang ; l'opération fut véritablement faite *à blanc*. Celle-ci une fois terminée et la compression enlevée, le sang vint inonder la surface disséquée, et l'on dut lier alors un assez grand nombre de vaisseaux.

C'est aux amputations, surtout aux désarticulations et résections de membres, ainsi qu'aux diverses opérations sur les os nécrosés et cariés, qu'Esmarch a appliqué son procédé. L'ablation des tumeurs sur la continuité des membres en réclame aussi le bénéfice comme le prouve l'observation précédente de M. Demarquay.

Plusieurs précautions sont à prendre si l'on veut obtenir un succès complet. Le problème consiste d'abord à se servir d'une bande parfaitement élastique autant que possible et douée d'une souplesse qui lui permette de s'appliquer bien exactement sur les parties à comprimer. Sa largeur doit varier aussi quelque peu suivant les régions où on l'appliquera ; en général elle sera de deux et demi à trois travers de doigt. Quant au reste du manuel opératoire, il est indiqué suffisamment dans les deux faits précédents.

Nous ferons observer seulement que M. Demarquay, voulant connaître si l'application du bandage était douloureuse en dehors de la chloroformisation, le roula suivant les préceptes sur une

jambe atteinte de varices et l'y maintint pendant vingt minutes. La malade déclara n'éprouver aucune douleur.

Décider si ce procédé devra toujours être employé dans tous les cas où il semblerait possible, est une question trop grave pour être ici légèrement traitée. Ne peut-il jamais y avoir rien à craindre de ce reflux vers le tronc de toute la masse du sang contenu dans un membre ? On pourrait assurément poser plusieurs points d'interrogation que l'observation ultérieure se chargera de discuter. Pour le moment, nous ne voulons que signaler les immenses avantages du procédé d'Esmarch, que M. Demarquay a le premier exécuté en France.

1° Le malade ne perd pas une seule goutte de sang. Je pourrais ici m'étendre longuement sur les avantages de cette conservation intégrale de toute la masse du sang. Voici peut-être le plus important : les sécrétions gastro-intestinales ne sont point troublées et continuent à fournir en qualité et en quantité normales les liquides nécessaires à la digestion ; il en résulte que l'on peut alimenter le malade dès le premier jour et le soumettre immédiatement à un régime plus substantiel, condition nécessaire d'une cicatrisation rapide et régulière ;

2° L'amputation la plus grave ne nécessite plus qu'un seul aide à la rigueur, deux aides au plus. Ce temps de la compression digitale du tronc artériel, si difficile souvent et si pénible, et quelquefois dangereux, est supprimé : le chirurgien opère à blanc et réalise véritablement le précepte : « *Citò, tutò et jucundè.* »

CHIMIE ET PHARMACIE

De la préparation des pilules d'iodure de fer et de leur enrobage ;

Par M. Magnes-Lahens, pharmacien à Toulouse.

Les principales conditions qui assurent la bonne préparation et la conservation des pilules d'iodure de fer peuvent se résumer ainsi, suivant M. Magnes-Lahens qui a publié sur ce sujet, dans la *Gazette médicale de Toulouse*, un travail dont nous extrayons les principaux passages :

Employer une proportion très-faible d'eau quoique suffisante

pour la préparation de l'iodure de fer afin d'éviter une longue évaporation de la solution ;

Supprimer la filtration de cette solution pour éviter l'altération du sel, en faisant usage, pour sa préparation, de limaille de fer porphyrisée en quantité déterminée de façon à en maintenir un petit excès dans la masse ;

Substituer un mélange de gomme et de sucre au miel qui est acide, renferme beaucoup d'eau et est très-hygrométrique quand il a été concentré ;

Faire usage de capsules en fer de préférence aux ustensiles en porcelaine ou en verre et opérer l'évaporation à une température qui ne dépasse pas, autant que possible, 50 à 60 degrés ;

Enfin, donner aux pilules un bon enrobage qui assure leur conservation et en masque le goût.

Pour cela, M. Magnes-Lahens conseille de suivre la formule suivante :

Iode pur		4g,10
Limaille de fer porphyrisée		1 ,90
Sucre de canne pulvérisé	ãã	2 ,50
Gomme arabique pulvérisée		
Eau distillée		

et il indique un procédé opératoire qui se rapproche de celui de M. Blancard, modifié comme il a été dit plus haut, pour obtenir la pâte iodo-ferrée que l'on convertit facilement, à l'aide de 5 grammes de poudre de réglisse, en pilules d'iodure de fer imitées de Blancard à l'aide de la robe résineuse si ingénieusement inventée par ce pharmacien, ou que l'on transforme en dragées semblables à celles de M. Gille de la manière suivante :

On roule rapidement les pilules, une cinquantaine à la fois, à l'aide de la main, dans un mucilage clair de gomme arabique étendu en couche mince sur une soucoupe. Dès qu'elles sont mouillées de toutes parts on les fait glisser dans un moule à pâte saupoudré d'un mélange de sucre, 9 parties, et gomme arabique, 1 partie ; on les y agite jusqu'à ce qu'elles soient revêtues d'une couche de poudre et on les chauffe pendant huit ou dix minutes, d'abord très-doucement et plus vivement ensuite, en leur imprimant un mouvement circulaire continu. Quand elles sont refroidies, on peut les soumettre à un premier, à un deuxième, et même à un troisième enrobage semblable.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Intoxication palustre ; convulsions épileptiformes suivies de délire maniaque et de tentative de suicide par pendaison ; sulfate de quinine et antispasmodiques ; guérison.

En parcourant tout récemment le *Bulletin de Thérapeutique* de l'année 1871, mon attention s'est portée sur l'observation très-intéressante d'un cas d'épilepsie survenue chez un goutteux et guérie par le colchique (1). Cette guérison, obtenue par M. le docteur Rousset, démontre une fois de plus l'efficacité et la sûreté de l'intervention médicale en présence d'un diagnostic nettement établi.

Je veux aujourd'hui rappeler l'importance de ce diagnostic dans les cas où les convulsions épileptiformes viennent masquer certains états pathologiques plus ou moins graves, et citer un cas de fièvre intermittente caractérisée par ces convulsions suivies du délire maniaque qui accompagne parfois l'épilepsie légitime.

B***, âgé de trente-cinq ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, exerçant la profession de charretier à l'oued Riou, une des localités les plus marécageuses de la plaine du Cheliff, avait quitté cette résidence dans la dernière quinzaine de mai pour venir habiter Orléansville, chez sa mère. Ainsi que la plupart des individus de sa profession, il avouait avoir commis de nombreux excès alcooliques, et abusé particulièrement de la liqueur d'absinthe et de l'eau-de-vie, boissons funestes auxquelles il avait renoncé depuis cinq ans. Néanmoins, sa santé avait toujours été excellente, et malgré ses rudes travaux et ses excès, il affirmait n'avoir jamais eu aucune indisposition.

Le 6 juin 1867, cet homme fut envoyé à l'hôpital d'Orléansville par le médecin de la colonie avec le diagnostic : *épilepsie.*

A son arrivée, je constate les symptômes suivants : peau chaude, visage injecté, rougeur des conjonctives, plusieurs excoriations récentes sur les téguments du front. Le malade paraît inquiet, agité et répond avec des signes d'impatience qu'il souffre beaucoup de la tête, qu'il ne peut pas dormir la nuit, qu'il a perdu complétement l'appétit et qu'il ressent une soif ardente. Langue recouverte d'un enduit épais, jaunâtre, bouche mauvaise, ventre tendu, constipation.

(1) *Bull. de Thérap.*, t. LXXX, p. 230.

Prescription : Diète, limonade tartrique, potion avec :

Sulfate de soude.	30g,00
Tartre stibié.	0 ,05
Eau	200 ,00

Ne me trouvant pas suffisamment éclairé par le récit du malade, je fis prier la mère de vouloir bien venir me donner quelques renseignements. Cette brave femme tout émue me raconta que son fils avait séjourné près d'un an à l'oued Riou pour ses travaux, que depuis son retour à la maison elle trouvait son caractère bien changé, qu'il était devenu sombre, taciturne, qu'il ne mangeait plus, que tous les soirs, depuis six jours, il était pris d'affreuses convulsions avec écume à la bouche, qu'il passait une partie de la nuit dans un grand état d'agitation, frappant sur les meubles, renversant les chaises, et que le médecin avait déclaré *qu'il était épileptique.* Mais, ajouta cette pauvre mère, il n'y a jamais eu d'affection semblable dans la famille. Je pense plutôt que mon fils *est possédé du démon et qu'il a besoin d'être exorcisé.* Je lui répondis que le diable n'était pour rien dans cette affaire, que je soumettrais le malade à une observation attentive, et que j'espérais pouvoir le guérir sans déranger le vénérable aumônier.

Le 7, le rapport du médecin de garde mentionnait que B*** avait eu trois accès convulsifs, le premier à minuit, le deuxième à deux heures du matin, le troisième à sept heures et demie, que chacun de ces accès était caractérisé par des cris au début, par des mouvements convulsifs cloniques et toniques des muscles de la tête, du visage et des quatre membres, par de l'écume sanguinolente à la bouche, par l'insensibilité complète et par un état comateux de quinze à vingt minutes de durée.

A la visite du matin, peau chaude, forte congestion de la face, hébétude, céphalalgie, 88 pulsations, bords de la langue déchirés par les dents, matité splénique: 14 centimètres, selles nombreuses.

Prescription : Tisane de feuilles d'oranger ; 2 grammes de sulfate de quinine à prendre immédiatement; potion antispasmodique; trois lavements avec 4 grammes d'asa fœtida.

Le 8, il n'a pas d'accès convulsifs ; sueurs pendant la nuit ; 76 pulsations, sans chaleur ; absence de céphalalgie.

Prescription : 1 gramme de sulfate de quinine ; potion antispasmodique.

A trois heures de l'après-midi, un peu de stupeur, douleur à la région frontale, lenteur dans les réponses, pupilles contractées. Le malade s'est levé plusieurs fois depuis la visite, s'est promené dans la salle en criant, gesticulant, battant le rappel sur son assiette, menaçant ses camarades.

Je le fis placer immédiatement dans un cabinet isolé.

Vers cinq heures, l'infirmier de garde, qui l'avait quitté un

instant pour aller chercher de la tisane, vient me prévenir en toute hâte à la salle des conférences que B*** s'est pendu aux barreaux de la fenêtre. J'accours aussitôt et j'aperçois ce malheureux la face violacée, les yeux hagards, suspendu par le cou à l'aide d'un lambeau du drap de lit qu'il avait mis en pièces. Je m'empressai de couper le lien, et je constatai avec bonheur que le pouls battait encore et que la respiration s'effectuait avec régularité. Quelques lotions d'eau fraîche suffirent pour triompher de l'asphyxie commençante.

Je prescrivis 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 9, sueurs pendant la nuit qui a été calme ; céphalalgie légère ; 64 pulsations.

Même prescription.

La nuit du 9 et la journée du 10 se sont bien passées ; agitation et délire violent pendant toute la nuit du 10.

Le 11, 84 pulsations ; chaleur et céphalalgie ; pas de selles depuis deux jours.

Prescription : 15 décigrammes de sulfate de quinine ; lavement purgatif.

Le 12, la nuit a été calme ; un peu de sommeil ; absence complète de céphalalgie ; 48 pulsations ; une selle abondante ; retour de l'appétit.

Prescription: Panade et pruneaux ; 1 gramme de sulfate de quinine.

Les 13 et 14, 48 pulsations ; convalescence franche. Je nourris graduellement le malade qui continue à prendre quelques jours encore le sulfate de quinine pour empêcher le retour des accidents.

Le 2 juillet, il quitte l'hôpital dans un parfait état de santé.

Réflexions. — J'ai donné cette observation avec quelques détails à cause de sa rareté et des phénomènes bizarres offerts par le malade, phénomènes qui ont induit en erreur notre honorable confrère appelé à donner les premiers soins. Je dois dire que les renseignements fournis par la mère n'étaient pas des plus précis. Aussi, en pareille occurrence, le médecin, tout en observant attentivement les symptômes, ne doit pas négliger les diverses conditions qui ont pu contribuer au développement de la maladie.

Dans le cas présent, la première question à résoudre était de savoir si les mouvements convulsifs se rapportaient à une épilepsie légitime ou s'il ne s'agissait que de convulsions épileptiformes. J'éliminai tout d'abord l'hypothèse d'une épilepsie héréditaire, cette affection n'ayant pas existé dans la famille. Je ne pouvais guère penser à une épilepsie accidentelle provoquée par l'abus de l'absinthe et de l'alcool auxquels notre charretier avait

renoncé depuis plusieurs années, et assez à temps pour que sa santé n'ait subi aucune atteinte. Je n'avais pas de raisons pour admettre l'existence de convulsions épileptiformes symptomatiques d'une tumeur cérébrale de nature syphilitique ou autre.

Mais cet homme venait de séjourner dans une région très-marécageuse, essentiellement malsaine, d'où nous recevions assez fréquemment des ouvriers ou des colons atteints de fièvres graves. Je songeai donc à la possibilité d'une intoxication palustre se révélant par des phénomènes morbides quelque peu insolites, mais qui se présentent parfois à l'observation.

D'ailleurs, la chaleur à la peau, l'accélération du pouls, légère il est vrai, la céphalalgie, les troubles digestifs, la reproduction assez régulière des accès convulsifs dans la nuit et surtout l'augmentation du volume de la rate suffisaient amplement pour appeler mon attention sur l'existence probable d'une affection périodique, d'une fièvre intermittente se rapprochant assez des formes larvées.

Je n'hésitai plus dès lors à formuler mon traitement.

Les voies de l'absorption étant préparées par l'administration d'un éméto-cathartique, je prescrivis 2 grammes de sulfate de quinine à prendre immédiatement à la visite, et dans la journée la potion antispasmodique et les lavements d'asa fœtida pour combattre l'élément nerveux.

J'ai cru devoir agir activement en raison de la forme insidieuse de l'intoxication, du début de la maladie qui remontait à plusieurs jours. Je me rappelais d'ailleurs avoir vu succomber en quelques heures, à l'hôpital du dey, un jeune soldat atteint d'accès pernicieux épileptiforme.

La première dose de quinine a suffi pour faire disparaître les accidents convulsifs. Ce fut alors que le malade a été pris de ce délire maniaque que l'on rencontre parfois chez les épileptiques et qui les pousse à l'homicide. Chez B***, la fureur s'est tournée contre lui-même, et il y a eu une tentative de suicide par pendaison qui, heureusement, a échoué.

Le sulfate de quinine a en même temps régularisé pour ainsi dire la marche de l'affection qui a revêtu une forme plus franchement intermittente. J'ai dû le continuer pendant quelques jours pour faire tomber complétement le mouvement fébrile, l'agitation, le délire nocturne, et pour empêcher le retour des accès qui

n'ont pas reparu pendant toute la durée du séjour à l'hôpital. Le traitement est donc venu confirmer pleinement la justesse de notre diagnostic.

D[r] Daga,
Médecin principal à l'hôpital thermal.

Amélie-les-Bains, octobre 1873.

Observations de corps étrangers venant du dehors, introduits et arrêtés dans l'urèthre, dans sa portion voisine du périnée ; extraction de ces corps étrangers sans opération chirurgicale et sans fièvre uréthrale consécutive.

Les cas de corps étrangers arrêtés dans le canal de l'urèthre sont infiniment moins nombreux que ceux de la vessie.

Il faut attribuer cette grande différence à plusieurs causes : à ce que l'on rencontre nombre de calculs nés ou formés directement dans la vessie ; à ce que les corps étrangers introduits dans l'urèthre n'y séjournent que dans certaines circonstances, le franchissant pour entrer dans la vessie, soit qu'ils aient été refoulés ou enfoncés par les malades eux-mêmes, soit à cause de la propriété spéciale irrésistible qu'a la vessie d'aspirer, pour ainsi dire, tout corps placé dans l'urèthre,soit encore parce que les malades, mus par la honte, n'appellent la plupart du temps le médecin que plusieurs heures après l'accident, alors que les corps étrangers ont quitté le canal pour pénétrer dans la vessie.

Il n'y a donc qu'un nombre assez restreint d'observations de corps venus du dehors arrêtés dans l'urèthre ou y séjournant ; le plus grand nombre de cas est pris chez de jeunes enfants et chez des femmes (Chopart, Morgagni).

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, en parle laconiquement; ce ne sont que des pierres nées ou formées dans la vessie, arrêtées dans un point de l'urèthre. M. Vidal (de Cassis) s'attache aussi plutôt aux calculs formés dans l'urèthre, mais venant de la vessie. Dans le *Dictionnaire de médecine* en trente volumes, dans le *Compendium de chirurgie* de MM. Bérard et Denonvilliers, il n'y a que quelques cas cités ; ce n'est que dans les mémoires qu'il en est question (cas de M. Cavasse, de M. Comandré, de M. Foucher, de M. Launay, de M. Pamard, *Bulletin général de Thérapeutique*).

M. le professeur Denucé (de Bordeaux), dans son intéressant mémoire publié en 1856, cite de très-nombreuses observations de corps étrangers introduits dans les voies urinaires; mais, à l'exception de deux ou de trois cas, il se borne à la catégorie des corps étrangers qui ont franchi l'urèthre et ont pénétré dans la vessie.

C'est seulement à des corps étrangers introduits du dehors dans le canal de l'urèthre et qui s'y sont arrêtés, que se rapporteront nos observations.

Obs. I (docteur Andant et docteur Loustalot). — M. X*** est atteint depuis longtemps d'un rétrécissement de l'urèthre pour lequel il a fait un voyage à Paris, tout exprès pour consulter les médecins en renom et les spécialistes, qui, après l'avoir examiné et traité, ont été unanimes à lui conseiller d'avoir, à la moindre gêne dans l'émission de l'urine, recours au cathétérisme, ce qu'il fait lui-même. Bien que le passage de l'urine dans l'urèthre se fît alors librement, M. X*** eut un jour la fantaisie, n'ayant pas uriné depuis la veille en se couchant, de se pratiquer à six heures du matin le cathétérisme, mais en se servant d'une bougie en gomme n° 7, qu'il fit pénétrer par le bout opposé à celui qui doit être introduit, c'est-à-dire par le bout portant un pavillon en os, comme en ont aujourd'hui les bougies dites *anglaises*. Quel avait été son but en agissant de la sorte ? L'avait-il fait simplement par maladresse ou par distraction ? Toujours est-il qu'après avoir fait pénétrer la bougie jusqu'à la région périnéale, il voulut la retirer; mais quel ne fut pas son désappointement, sa frayeur, de ramener la bougie sans le pavillon ?

La bougie mal adaptée au pavillon, s'en était séparée, soit par un mouvement spasmodique du pénis, soit, après l'érection, par le retrait de la verge.

Le malade eut besoin d'uriner, mais il ne put pas; aucune goutte d'urine ne sortit. L'abdomen ayant augmenté de volume par plénitude de la vessie, je fus prié de me rendre en toute hâte auprès du malade. C'était environ une heure de l'après-midi.

Il m'expliqua tout ce qui s'était passé et, à plusieurs reprises, il insista pour que je fisse tous mes efforts pour le débarrasser de ce corps étranger qui l'empêchait d'uriner, en l'enfonçant dans la vessie. Je répondis à sa demande en lui faisant l'énumération de tous les accidents qui pourraient survenir, si je satisfaisais sa fantaisie.

Dans la pensée que le malade, par des manœuvres réitérées pour enfoncer le corps étranger, avait déterminé du gonflement, de l'inflammation dans les tissus, je pratiquai le cathétérisme avec la plus grande précaution (au moyen de la sonde en argent, modèle de la trousse militaire); je butai sur le corps étranger. Je fis alors mes restrictions sur ce qui devait être essayé et j'envoyai prier

mon confrère et ami, le docteur Loustalot, de se transporter au plus vite chez M. X*** pour m'entendre avec lui sur le *quid agendum*.

Après avoir reçu les renseignements qui précèdent, M. Loustalot explora avec une sonde en argent le canal de l'urèthre et, comme moi, il buta sur le corps étranger. Il fut convenu entre nous que les moyens ordinaires d'extraction ne pouvaient s'adapter à un cas pareil. Fallait-il faire l'opération de la boutonnière uréthrale? Avant d'en venir à ce moyen, nous préférions l'extraction, mais pour cela il fallait se rendre un compte bien exact du corps étranger introduit, de sa nature, de sa forme, de sa grosseur, etc.

Dans une pharmacie de la ville, on nous présenta des bougies du numéro 7, semblable à celui de la bougie dont s'était servi M. X***, munie de pavillon en os. Le pavillon resté dans le canal, devait à coup sûr être semblable à celui des bougies n° 7, qui nous avaient été montrées.

Nous nous rendîmes chez un serrurier (car, dans notre petite ville de Dax, nous n'avons ni des Collin, ni des Mathieu pour nous comprendre) ; nous nous fîmes montrer du gros fil de fer, nous en choisîmes du même diamètre que celui de la bougie. Ce fil de fer, de la longueur d'une sonde, fut recourbé à un bout, dans le même sens de courbure que la sonde en argent (modèle Charrière), et les deux bouts, l'un curviligne, l'autre rectiligne, furent taraudés en pas de vis pareil à celui du pavillon qui nous avait été fourni, de manière à s'adapter à frottement par torsion, à la cavité du pavillon.

Tout cela demanda un certain temps. De retour auprès du malade, le corps étranger ayant été de nouveau constaté par nous, nous chargeâmes le malade, puisqu'il en avait la grande habitude, de se sonder avec ce cathéter, en le faisant pénétrer dans le canal par le bout rectiligne, de l'enfoncer avec précaution jusqu'au moment où il serait arrêté par le corps étranger, et alors de le faire tourner entre ses doigts pour le visser à la cavité du pavillon. Tout cela fut exécuté à notre grande satisfaction et en quelques instants ; le pavillon fut vissé assez profondément et assez solidement au cathéter, pour être retiré du canal, à la façon d'un bouchon que l'on sort d'une bouteille au moyen du tire-bouchon. Un jet d'urine se fit immédiatement après la sortie du corps étranger. Le malade urina abondamment et fut soulagé. Il n'avait pas uriné depuis la veille, à neuf heures du soir. Le corps étranger était resté dix-neuf heures environ dans l'urèthre.

Il fut conseillé au malade de prendre un demi-bain froid prolongé, de garder le repos et de se faire des onctions avec la pommade de belladone sur le pénis et dans la région périnéale. Dès le lendemain matin, il était guéri et put reprendre, sans en être fatigué, ses occupations journalières habituelles, se promettant bien à l'avenir de faire plus d'attention lorsqu'il se sonderait.

Nous eûmes la satisfaction de ne pas voir survenir de fièvre uréthrale, malgré le cathétérisme réitéré et les tentatives faites par le malade pour extraire ou enfoncer le corps étranger, malgré l'imperfection de notre procédé d'extraction.

En effet, j'ai réfléchi bien des fois aux accidents qui auraient pu résulter de l'introduction dans le canal de l'urèthre d'un cathéter en fer non poli, armé d'un pas de vis : il pouvait en résulter des érosions, des éraillures, des écorchures de la muqueuse. J'ai pensé qu'on pourrait, dans un pareil cas, écarter ces inconvénients en introduisant dans le canal le cathéter dans une sonde en gomme coupée au bout d'introduction et en le faisant glisser ainsi enrobé dans la sonde, comme dans un manchon, jusqu'au corps étranger à extraire.

Il y avait aussi à craindre que le pavillon n'éclatât en plusieurs fragments plus ou moins aigus qui, pouvant alors, par le morcellement, entrer dans la vessie, seraient devenus infailliblement les points d'origine de calculs.

Cette observation ne présente d'autre intérêt que celui qui est fourni par la manœuvre ingénieuse, l'à-propos de l'emploi d'une espèce de tire-fond, sans opération sanglante, sans grande douleur pour le malade, sans fièvre uréthrale, sans accidents pernicieux consécutifs.

Nous ne devons pas terminer sans mettre en garde contre les dangers que peuvent entraîner des sondes ou des bougies ne présentant pas un pavillon fixé, ainsi que des sondes ou bougies en caoutchouc qui sont parfois très-cassantes.

Obs. II (par le docteur Loustalot). — Je fus appelé pendant la nuit auprès d'un enfant de huit à neuf ans, ayant une rétention d'urine. Surpris de trouver une pareille maladie chez un enfant de cet âge, très-bien portant le matin, je lui fis des questions qui n'aboutirent à rien. J'essayai de passer dans l'urèthre une sonde en gomme de petit calibre qui, après avoir pénétré sans obstacle, se trouva arrêtée au point du canal correspondant à la racine ou naissance des bourses. Je touchai alors, et mes doigts rencontrèrent deux petits corps durs. Nouvelles questions à l'enfant pour savoir s'il n'aurait pas introduit quelque corps étranger ; nouvelles dénégations de sa part. L'enfant n'avait jamais rendu de graviers. En touchant de nouveau ces corps dans la direction du canal, je constatai qu'ils étaient un peu mobiles ; ne voulant pas risquer l'incision du canal ou l'opération de la boutonnière, j'insistai pour les refouler vers le méat et, malgré les cris et les contorsions de l'enfant, je parvins à

conduire jusqu'au méat un corps dur, noir et poli, que je fis basculer à l'aide d'un stylet mousse et que je ramenai à l'entrée du canal. Avec des pinces je le saisis, le tirai ; c'était un petit caillou, à angles mousses, de la grosseur d'un gros grain de maïs, de forme irrégulière. Le second était à peu près de la même grosseur, mais à angles plus tranchants, et fit souffrir d'avantage l'enfant pour son extraction.

C'était une moitié de gravier employé pour les chemins et routes.

Le petit garçon urina alors assez copieusement : mais le jet s'arrêtant tout à coup, les plaintes de l'enfant recommencèrent. Nouvelle exploration du canal de l'urèthre et constatation d'un troisième gravier, qui fut aussi extrait assez facilement. L'enfant urina bien, plus de cris ; bain de siége prolongé. Le lendemain et le surlendemain, nouveaux bains de siége, pas de fièvre, de la gaieté. Au troisième jour, l'enfant guéri m'avoua qu'il s'était introduit des cailloux par l'urèthre dans un but d'amusement.

Il n'y a pas, à vrai dire, dans cette observation, de particularité remarquable, si ce n'est que l'extraction a été faite sans opération, le chirurgien usant simplement de patience.

D[r] Loustalot, D[r] Andant.

Dax.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, par M. Fleetwood Churchill, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants au Collége des médecins de Dublin ; deuxième édition française, par M. le docteur A. Le Blond. J.-B. Baillière et fils.

L'étude des maladies des femmes a fait depuis quelques années de très-grands progrès, et notre littérature médicale française s'est enrichie d'ouvrages très-importants publiés sur ce sujet. Il s'est trouvé que, d'un commun accord en quelque sorte, un grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux se sont occupés presque avec passion de la pathologie féminine. Il suffit de citer les noms de Jobert (de Lamballe), Huguier, Aran, Courty, Bernutz, Goupil, etc. Il n'est donc pas étonnant que les traducteurs de Churchill aient jugé à propos de faire un grand nombre d'annotations.

La première édition française de cet important ouvrage fut traduite de l'anglais par notre regretté ami Wieland et par le docteur Dubrisay ; elle eut un légitime succès. M. le docteur A. Le Blond, ancien interne des hôpitaux de Paris, s'est chargé de la publication d'une seconde édition, que nous allons présenter aux lecteurs du *Bulletin*.

La deuxième édition française du docteur Le Blond forme un très-beau volume in-8° de 1236 pages, avec 337 figures intercalées dans le texte.

Le livre se divise en trois grands chapitres très-naturels :

1° Maladies des femmes hors l'état de grossesse ; 2° maladies des femmes pendant la grossesse ; 3° maladies des femmes après l'accouchement. Tout ce qui se rattache à la pathologie de la femme est traité dans chacun de ces chapitres avec ordre, clarté, méthode.

La part qui revient au docteur Le Blond dans cette seconde édition est considérable. Il a tiré parti de ses connaissances personnelles, acquises pendant l'internat, ainsi que de tous les travaux publiés en France, pour compléter l'œuvre de Churchill. Nous nous permettrons cependant de signaler à notre confrère une communication relatée dans la dernière édition de M. Courty, que nous avons faite il y a quelques années à la Société de chirurgie, à propos d'un cas très-rare d'hypertrophie utérine, et qui a sans doute échappé à ses investigations.

Quoi qu'il en soit, M. le docteur Le Blond a tenu à être très-complet, à présenter l'état actuel de la science sur les maladies des femmes, et il y a certainement réussi. Tous les médecins voudront avoir cet ouvrage dans leur bibliothèque.

Nous ferons, en terminant, non pas une objection, mais une seule réflexion : dans les nombreuses annotations de M. le docteur Le Blond, la critique n'a peut-être pas trouvé une place suffisante.

Dr Tillaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine, par M. John-Hughes Bennett, professeur de physiologie, d'histologie et de clinique médicale à l'Université d'Edimbourg; édition française traduite par M. le docteur P. Lebrun, médecin de l'Institut ophthalmique du Brabant; 2 vol. in-8°, 587 figures dans le texte. G. Masson, éditeur.

La lecture d'un ouvrage étranger est toujours pour nous un travail profitable. Nous voyageons peu, nous connaissons encore mal — j'entends la généralité des médecins — les langues qui se parlent à quelques heures de notre pays, et plutôt par scepticisme que par un sentiment patriotique exagéré, nous nous confinons volontiers dans une sorte de cénacle où un certain nombre de personnalités sympathiques prennent la parole et obtiennent, pour ainsi dire d'avance, un succès qui d'ailleurs est le plus souvent mérité.

Lorsqu'il s'agit d'un médecin de la valeur de Bennett, la curiosité qu'inspire tout tableau dessiné à un point de vue autre que celui où nous avons l'habitude de nous placer, se double de l'intérêt qui s'attache à un maître dont la réputation nous est parvenue plus facilement que la connaissance de ses œuvres.

Les leçons de clinique du professeur d'Edimbourg ne commencent en réalité qu'à la fin du premier volume.

Les quatre cents premières pages sont consacrées à un abrégé de pathologie et de thérapeutique générales, précédé lui-même d'une sorte de manuel de ce qu'on pourrait nommer *l'outillage médical*.

Le professeur de clinique a voulu préparer l'étudiant par la connaissance et l'exercice des armes qui devront lui permettre de participer à la clinique du maître.

C'est ainsi que l'examen du malade est l'objet d'une étude attentive. L'inspection des organes, y compris l'emploi du laryngoscope et de l'ophtbalmoscope, l'examen des liquides au moyen du microscope, le sphygmographe, le thermomètre, enfin l'analyse des urines s'ajoutent à la percussion, à la mensuration et à l'auscultation.

Tous ces détails, souvent négligés chez nous, sont faits dans ce livre à la façon anglaise : on y retrouve ce goût du confortable, ce sentiment de l'installation commode, méthodique et complète, qu'on rencontre dans les classes élevées d'outre-Manche jusque dans les plus petits détails de la vie de chaque jour.

Après s'être complu aux soins minutieux de cette sorte de vitrine, l'auteur, dans une large introduction, développe la manière dont il comprend la médecine et son enseignement clinique :

Il y a, dit-il, des sciences *exactes*, parce qu'elles procèdent d'un fait primitif et fondamental, la loi de la pesanteur ou l'affinité ; il y en a d'autres qui, n'ayant point de loi de ce genre, sont *inexactes*. Dans ces dernières, Bennett range la médecine ; mais il espère pour elle un Newton ou un Lavoisier. Nous demandons à notre tour si un Newton ou un Lavoisier feront jamais une science *exacte*, au sens que nous donnons à ce mot, d'une science qui s'adresse à des objets aussi complexes et aussi protéiformes en leurs manifestations que les objets vivants.

De ces généralités philosophiques, l'auteur ne perd pas de vue que toute notre étude n'a qu'un but, la connaissance et la pratique de *l'art*.

C'est dans ce juste milieu de la science pratique que Bennett sait demeurer, évitant avec autant de soin le nébuleux que la banalité d'un *vade-mecum* du praticien.

Il se moque à ce propos de ces *praticiens* plus disposés à se vanter de leur *expérience* que de leurs connaissances scientifiques, l'expérience ne s'acquérant pas sans la science ou ne servant pas celui qui a compté sur la première au détriment de la seconde.

Voilà une vérité qui aurait besoin d'être criée bien haut encore chez nous.

La seule voie, dit-il, qui mène au perfectionnement de l'art de la médecine est de pousser en avant la science de la physiologie.

Quant à la manière dont il comprend l'enseignement de la clinique, il se déclare partisan de la méthode de Rostan, où l'élève était actif et non passif, comme cela se voit souvent.

En thérapeutique il est en apparence radical et il énonce cette vérité, qui saute ou du moins devrait sauter à tous les yeux : qu'« une portion notable de la pratique de notre profession, résultat de ce qu'on est convenu de nommer *l'expérience*, est désormais incompatible avec l'état actuel de la science et doit être soumise à une révision complète ».

La partie consacrée à la pathologie générale débute par une critique des diverses théories relatives à l'organisation des tissus, notamment de la théorie cellulaire. Il expose ce qu'il nomme lui-même : *théorie moléculaire de l'auteur*. Pour lui, l'élément intime

de l'organisme n'est ni la cellule ni le noyau, mais bien de petites molécules possédant des propriétés physiques et vitales indépendantes, en vertu desquelles elles s'animent et s'agrégent pour constituer des formes plus élevées. Cette théorie, plus métaphysique qu'elle n'est fille de l'observation ou de l'expérimentation, et qui compte d'ailleurs dans l'histoire des sciences plus d'un ancêtre, mériterait d'être discutée plus au long que les limites de cet article ne le comportent.

L'inflammation occupe un important chapitre où le grand rôle dans ce phénomène capital est franchement attribué à l'exsudat. L'auteur est, on le voit, de l'école éclectique.

Au chapitre de la tuberculose, il repousse absolument la doctrine qui sépare le tubercule de la pneumonie caséeuse; il s'inscrit également contre la virulence de la tuberculose.

L'étude de la thérapeutique générale est précédée d'un long chapitre sur l'influence du moral sur le physique et sur la marche naturelle des maladies; il s'élève contre cette série de pratiques et de préjugés empiriques nés on ne sait de quelle conception, qui, se transmettant d'âge en âge, vivent, malgré l'apparente incompatibilité, à côté de la science et dont l'influence s'exerce comme la sienne, mais à côté.

Après ces considérations élevées, on est quelque peu surpris de le voir classer les médicaments d'une façon que je veux croire humouristique, en *curatifs* et *palliatifs*.

Voici la liste complète des curatifs : 1° le quinquina dans la fièvre intermittente ; 2° la pommade au goudron dans le psoriasis; 3° la racine de fougère mâle contre le ver solitaire ; 4° la pommade sulfureuse contre la gale ; 5° l'huile de morue dans les affections scrofuleuses et tuberculeuses ; 6° le jus de citron dans le scorbut ; 7° les applications humides constantes dans les affections eczémateuses et impétigineuses de la peau.

Au second plan viennent : 8° le colchique dans la goutte aiguë ; 9° l'iodure de potassium dans certaines sortes de périostite; 10° le fer dans l'aménorrhée et la chlorose ; 11° l'arsenic dans les affections squammeuses de la peau ; 12° le copahu et le cubèbe dans la blennorrhagie uréthrale ; 13° l'acide nitro-muriatique dans l'oxalurie ; 14° le surtartrate de potasse dans la maladie de Bright ; 15° les huiles et les corps gras dans les affections parasitaires de la peau.

Et il termine cette liste originale en disant : « Je serais trop

heureux qu'on me fît connaître un seul (médicament curatif) dont j'aie oublié de citer le nom. »

Je suis loin de trouver cette liste trop courte. Mais, franchement, le jus de citron, la pommade au goudron et même l'acide nitro-muriatique et le surtartrate de potasse auraient bien pu céder la place au mercure, à l'opium, à la digitale et à quelques autres encore.

Je donnerais, d'ailleurs, volontiers toute la liste des médicaments curatifs pour une méthode, une médication curatives.

Malgré toute la philosophie de l'auteur, on sent là je ne sais quelle odeur d'ontologisme ; il est bien près de regarder le surtartrate de potasse comme un anti-Brightique. Le mot manquait à la longue liste des *anti*.

Au chapitre de l'action des médicaments sur les éléments ultimes des tissus, nous voyons avec étonnement l'auteur dire que, sauf l'huile de foie de morue, nous ne possédons point d'agent médicamenteux capable d'influencer l'élément moléculaire organique.

Bennett ne paraît pas connaître les idées du professeur Gubler sur l'intégration moléculaire de certains médicaments, idées que nous avons développées dans ce journal, pas plus que les recherches de Roudanowski sur l'altération des cellules et des noyaux sous l'influence de l'opium.

Il fait toutefois une exception en faveur du nitrite d'amyle, qui, lui, dilate spécialement les petits vaisseaux ! Mais l'opium, n'est-ce donc rien auprès du nitrite d'amyle ?

De l'élimination des médicaments, pas un mot ! Des indications thérapeutiques, peu de mots !

Si le thérapeutiste n'a pas, selon nous, répondu à notre attente, le médecin philosophe reste tel que l'introduction et certains chapitres de la pathologie générale nous le faisaient pressentir. Il s'élève avec énergie contre ces phrases qu'il cite : « Le canal intestinal est *le champ de bataille* où... (Hufeland) ; il faut combattre l'*ennemi* qui s'est adroitement glissé dans la place (Hufeland). » Il ajoute alors : « Ce que nous appelons *l'ennemi* est bien plutôt une sauvegarde, c'est le résultat d'un effort de la nature. Cet effort, nous devons le diriger, l'aider... » A la bonne heure !

Le traité de clinique commence alors !

Chaque chapitre renferme des observations courtes, claires, suivies d'un commentaire. C'est de la vraie clinique !

Il passe en revue les différents systèmes : nerveux, digestif, circulatoire, respiratoire, génito-urinaire, tégumentaire, puis le sang.

Parmi les maladies de l'appareil respiratoire, la pneumonie est l'objet d'un long chapitre.

Après avoir passé en revue les différents traitements conseillés, y compris l'expectation, Bennett arrive à sa médication *restaurative*. Considérant que les cellules de pus sont des productions vivantes, il en conclut qu'il faut à l'économie un surcroît de *forces vitales* pour les faire passer successivement par les diverses phases de leur existence. « En conséquence, dit-il, je ne tente plus de couper la maladie, je m'efforce de venir en aide aux changements nécessaires que l'exsudat doit subir, afin de pouvoir être rejeté complétement de l'économie. Il donne alors des sels neutres, pour diminuer la viscosité du sang, autant de beef-tea que le malade en veut prendre, 120 ou 150 grammes de vin chaque jour, puis un diurétique.

La mortalité dans la pneumonie est, pour lui, d'un sur trente-deux cas un tiers.

C'est la mortalité la plus faible, comparée à celle que donnent tous les autres traitements.

En somme, on voit que, sauf le nom et l'idée que l'auteur semble y attacher, cette médication ne diffère pas sensiblement de celle qui est généralement usitée chez nous.

Au sujet des fièvres continues, l'auteur, à propos de l'encombrement, entre dans des détails assez curieux.

Au lieu de réunir ses malades typhiques et de les tenir isolés des autres malades, il pense qu'il vaut mieux les disséminer dans des salles communes. Chez nous, où il en est ainsi, nous savons, en effet, combien il est rare de voir la contagion de la fièvre typhoïde avoir lieu dans les salles. Mais il ne faudrait pas généraliser ce système ; le succès obtenu chez nous par l'isolement des cholériques en est une preuve.

Le dernier chapitre mérite tout entier d'être lu : il traite de la déontologie médicale. La responsabilité professionnelle, la droiture que les médecins doivent apporter dans l'exercice de l'art de guérir, la nécessité qui leur incombe d'être pénétrés du sentiment de leurs devoirs, sont autant de pages éloquentes et bien pensées ; si les habitudes de langage, de mœurs, d'études et même d'observation scientifique peuvent varier avec les circonscriptions géogra-

phiques ou politiques, il est quelque chose d'éminemment cosmopolite et qui s'impose à tous les hommes, c'est le sentiment du devoir.

Dr A. Bordier.

Traité de chimie hydrologique, par M. J. Lefort, membre de l'Académie de médecine ; 1 vol. in-8o. Paris, 1873, J.-B. Baillière.

« Depuis la publication de la première édition de ce livre (1859), l'hydrologie a acquis dans le champ des sciences chimiques et médicales une place considérable. » Ainsi commence la préface du nouvel ouvrage que M. Lefort vient de présenter et dans laquelle il en fait connaître le plan et énumère les nombreuses et importantes additions qui ont été faites à la première édition.

Sans insister sur quelques-uns des motifs qui doivent nous guider désormais dans le choix des eaux minérales et nous faire préférer, lorsque la composition chimique nous y autorise, celles dont la nature a si richement doté notre pays, nous pouvons dire que c'est grâce à l'étude qui a été faite des eaux de certaines régions, que des localités à peu près ignorées des malades et même des médecins ont acquis depuis quelques années en France une importance considérable.

C'est parce que leur composition est connue et que les principes qu'elles renferment sont des médicaments sérieux, que les médecins conseillent les eaux minérales, en s'adressant à celles-ci de préférence à celles-là suivant leur composition, sans que l'on puisse toutefois encore, dans l'état actuel des connaissances médicales, expliquer tous les effets qu'elles produisent.

Il est donc du plus haut intérêt à tous égards de savoir examiner une eau, reconnaître une eau potable, analyser une eau minérale, y rechercher et y doser tels ou tels principes, etc. Tel est, en un mot, le but du livre de M. Lefort.

Cet ouvrage est divisé en quatre parties. La *première*, intitulée : *Des eaux douces dans la nature*, traite de la composition de l'eau, où l'auteur reprend et critique l'historique de sa découverte, puis des propriétés physiques, chimiques de l'eau en général et de l'eau atmosphérique en particulier, où il aborde quelques questions relatives à la météorologie.

Nous trouvons dans cette première partie plusieurs chapitres nouveaux, relatifs à la conservation des eaux douces, à l'approvisionnement d'eau potable par l'eau de mer, à la production artificielle de la glace, qui prend depuis quelques années une si grande extension, et que M. Balard applique en ce moment même à la concentration des eaux-mères des salines de la Méditerranée, etc.

Dans la *seconde* partie, ayant pour titre : *Des eaux minérales en général*, l'auteur reprend le cadre occupé dans le chapitre précédent par l'étude des eaux douces, et traite des propriétés physiques des eaux minérales en général et de l'eau de mer, en entrant dans quelques détails sur leur exploitation, leur conservation, etc. Il indique les moyens employés dans les grands établissements pour conduire, puiser, embouteiller et transporter les eaux, détails pratiques qui ont aussi leur importance.

La *troisième* partie comprend l'*Etude des principes constitutifs propres aux eaux douces et aux eaux minérales*, tels que les gaz libres ou combinés, les acides, les alcalis que l'analyse y décèle, les matières organiques et organisées que l'on y rencontre souvent.

La *quatrième* partie intéresse plus particulièrement les chimistes, car elle a pour titre : *Analyse chimique des eaux douces et des eaux minérales.*

C'est une partie importante de l'ouvrage de M. Lefort sur laquelle l'espace nous empêche malheureusement de nous étendre ; mais nous pouvons dire que l'auteur, après être entré dans quelques considérations générales sur les détails pratiques des analyses, aborde les analyses qualitatives des eaux douces et des différentes sortes d'eaux minérales, classées d'après le principe minéralisateur dominant, alcalins, fer, soufre, etc., pour passer ensuite à l'analyse quantitative. Ainsi se trouvent réunis dans un cadre relativement restreint les renseignements nécessaires sur les caractères, les réactions, etc., de ces nombreux principes, et avec lesquels il est utile de se familiariser.

Dans cette dernière partie, M. Lefort résume les procédés de la méthode hydrotimétrique de MM. Boutron et Boudet, qui permet d'examiner rapidement la valeur d'une eau potable. Puis il donne, à propos de la recherche du rubidium, du cœsium et du thallium, ces nouveaux métaux alcalins découverts par MM. Bunsen et Kirchoff, un aperçu de l'analyse spectrale, avec une planche indiquant

la couleur des principales raies des spectres fournis par plusieurs métaux alcalins ou alcalino-terreux.

Enfin l'ouvrage se termine par l'exemple d'une analyse d'une eau peu minéralisée, qui peut servir de modèle soit pour la marche de l'opération, soit pour les calculs du résultat, en se servant des tables que M. Lefort a pris soin de donner à la suite.

Par le court exposé que nous venons de donner, on comprendra l'importance du livre que vient de publier M. Lefort. C'est en effet pour le médecin un livre utile à consulter et pour le pharmacien, ainsi que pour le chimiste qui s'occupe particulièrement de ces questions, un ouvrage indispensable et par les renseignements nombreux que l'on y trouve, et par l'exposé des méthodes que l'auteur y a consignées et souvent discutées avec l'autorité qui lui appartient en pareille matière ; ouvrage qui permet enfin, par les exemples choisis, à celui qui n'a que des connaissances théoriques et à qui manque l'habitude des manipulations de ce genre, de répondre à toutes les questions qui peuvent lui être posées sur un sujet aussi multiple et aussi varié.

H. DUQUESNEL.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par une société de médecins sous la direction de M. le docteur JACCOUD, t. XVI. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

La régularité avec laquelle se succèdent les volumes de ce vaste répertoire de la science médicale pratique, témoigne à la fois du zèle des médecins distingués qui concourent à sa rédaction et de l'activité intelligente des honorables éditeurs auxquels la médecine est redevable de tant d'importantes publications. Ce seizième volume, qui épuise presque la lettre G, marque à peu près, si nous nous en rapportons aux Dictionnaires du même ordre publiés antérieurement, le milieu de cette œuvre collective, où se développe dans un cadre simple toute la science du jour.

Nous avons déjà parlé plusieurs fois du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et nous y reviendrons plus d'une fois encore, pour mettre en lumière principalement les travaux qui nous paraîtront les plus propres à acheminer la pratique dans la voie d'un réel progrès. Aujourd'hui nous avons moins

d'ambition ; en signalant l'apparition de ce volume, nous n'avons qu'un but : c'est d'appeler de nouveau l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* sur une publication qui intéresse tous ceux qui ont quelque souci de se tenir au niveau de la science, et de leur faire partager la ferme espérance que nous avons de la voir achevée dans un court délai. Toutefois, qu'il nous soit permis, dans cette très-sommaire notice, d'indiquer au moins les principaux articles de ce seizième volume du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, qui ne le cède, par l'importance des questions qui y sont traitées, à aucun des volumes antérieurs. Nous signalerons d'abord l'article Géographie médicale, science née presque de nos jours, encore inachevée, mais à laquelle l'auteur, M. H. Rey, a fait faire un pas en avant, tant il a su heureusement tirer parti des données les plus positives venues de divers côtés sur ce point intéressant de la science médicale ; les articles Goitre, par M. Luton ; Gravelle, par M. Desnos ; Goutte, par MM. Jaccoud et Labadie-Lagrave; Greffe animale, par M. Mathias Duval ; Glaucome, par MM. Cusco et Abadie ; qui soulèvent une foule de questions sur lesquelles les auteurs ont fait luire les lumières de la science contemporaine, sans en dissiper encore toutes les obscurités, et où se montrent des vues originales, qui méritent de fixer l'attention.

Ainsi se fait la science par une série d'efforts successifs et quelquefois inconsciemment coordonnés, qui en élargissent les perspectives ; ainsi se rectifie et se perfectionne la pratique en recueillant les enseignements qui sortent de cette lente élaboration.

Max Simon.

BULLETIN DES HOPITAUX

Atrophie du membre inférieur, consécutive a une nécrose du tibia ; guérison par l'emploi des courants continus. — Le nommé Guilbert se heurta la jambe droite contre une barre de fer en 1862 ; il était alors âgé de dix ans. Il tomba et se fit, nous dit-il, une fracture du tibia et une luxation du genou.

Au bout de quinze jours il se forma, sur différents points du tibia, des abcès qui durèrent plusieurs mois. Le malade fut main-

tenu au lit pendant un an ; la fracture était alors consolidée, le genou, quoique déformé, était solide; mais il restait, le long du tibia, plusieurs trajets fistuleux suppurant modérément.

En 1863, étant en cet état, il reprit son travail de rattacheur dans une filature et put le continuer jusqu'en 1869 sans accident notable. Cependant le pied et la jambe étaient enflés le soir, les trajets fistuleux donnaient toujours une certaine quantité de pus.

A partir du mois de juin 1869, l'état du malade empira, des hémorrhagies se produisirent de temps à autre par les trajets fistuleux, le gonflement de la jambe augmenta.

Dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail, obligé même de garder le lit la plus grande partie du temps, il entra à l'Hôtel-Dieu le 25 décembre 1869.

Il y avait alors un gonflement diffus et inégal du tibia, des trajets fistuleux multiples, une suppuration abondante ; les parties molles étaient empâtées et d'un rouge violacé. L'exploration des trajets fistuleux fit découvrir la présence d'un séquestre qui était au centre du tibia.

Quatorze jours après son entrée on fit l'extraction du séquestre, qui était invaginé, et l'on fut obligé de pratiquer l'évidement avec la gouge et le maillet. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident, la plaie fut complétement cicatrisée au bout de trois mois.

Vers le commencement de février 1870, quatre mois après la première opération, sans cause appréciable, la cicatrice s'ulcéra et il se forma de nouveaux trajets fistuleux ; l'exploration fit reconnaître un nouveau séquestre.

Le 21 février, j'en fis l'extraction. Il y eut une hémorrhagie assez abondante le jour de l'opération ; quelques jours après survint un érysipèle qui suivit son cours sans rien offrir de particulier. La cicatrisation se fit lentement et se compléta au mois de mai.

Le 13 de ce mois, le malade commença à marcher; mais au bout de quelques jours il survint un épanchement dans le genou et on constata une mobilité latérale très-prononcée dans l'articulation. Le membre fut mis d'abord dans une gouttière, puis dans un appareil inamovible, jusqu'au mois de juillet. A cette époque, la salle fut évacuée pour faire place aux militaires. et le malade fut transféré dans un autre service. L'immobilisation fut continuée jusqu'au mois de janvier 1871 ; on lui fit ensuite des badigeonnages iodés, trois cautérisations au fer rouge.

Le 19 mars, il quitta l'hôpital ne pouvant marcher qu'avec un béquillon. Il essaya vainement de reprendre son travail et fut obligé de rentrer, le 3 avril, toujours dans le même état.

Il fut alors de nouveau placé dans mon service. La jambe était œdématiée ; la mobilité latérale du genou persistait, les muscles de la cuisse étaient très-amaigris et très-faibles. Couché sur le dos, le malade ne pouvait soulever la jambe sans fléchir le genou et traîner le talon sur le lit.

La mensuration donnait les différences suivantes :

	Côté sain.	Côté malade.
Du bord supérieur de la rotule. . .	0m,32	0m,30
A 6 centimètres au-dessus de la rotule.	0m,33	0m,30
A la partie supérieure de la cuisse. .	0m,48	0m,45

Pendant tout le mois d'avril l'électrisation fut pratiquée tous les deux jours, pendant un quart d'heure chaque fois, avec l'appareil de Legendre. On ne constata aucun changement.

Le 2 mai, on commence à appliquer les courants continus au moyen de l'appareil de Gaiffe. De quatre à six couples sont employés pendant huit heures chaque jour.

Le 16, il y a un accroissement du membre d'un demi-centimètre, les mouvements sont plus étendus. Sauf une interruption d'une semaine, l'électrisation est continuée tous les jours, de huit heures du matin à quatre heures du soir, avec le même nombre d'éléments placés à demeure, jusqu'au 1er juillet. Les mouvements augmentent rapidement en force et en étendue, le malade peut bientôt se promener dans la salle sans soutien, descendre et monter seul les escaliers.

Le 1er juillet, il lève la jambe parfaitement droite, couché sur le dos ; levé, il se tient solide sur la jambe malade seule ; il marche la journée entière sans canne et sans aucune fatigue. La cuisse malade a gagné 1 centimètre en circonférence.

Il sort le 3 août 1872 pour reprendre son travail de fabrique.

Le 12 juin 1873, je rencontre Guilbert dans la ville, portant lestement sur ses épaules un lourd panier chargé de pain. Il a quitté son premier métier pour se placer chez un boulanger, qui l'emploie à porter le pain chez ses clients.

Dr L. Duménil,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Restituenda. — Il y a eu, dans notre dernier numéro, omission de la signature : Dr Tillaux, à la fin de l'article *Bulletin des hôpitaux* ; — et de la signature : Dr E. Burdel, à la fin de l'article *Bibliographie* « Etude clinique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéenne, par M. le docteur Grasset ». Nous tenons à réparer cet oubli.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Sur le scorbut et son traitement. Nous reproduisons l'extrait d'une note de M. Champouillon, présentée, au nom de l'auteur, par M. le baron Larrey à l'Académie des sciences, dans la séance du 3 novembre.

« La diffluence du *plasma* du sang, qui constitue le scorbut, est généralement attribuée à l'usage exclusif et prolongé des salaisons. Le rôle du sel marin dans la production de cette maladie a été fort exagéré et surtout inexactement interprété. Le scorbut est, en réalité, un effet de la dyspepsie gastro-intestinale et de l'inanition.

Les viandes conservées au moyen du chlorure de sodium et de l'azotate de potasse perdent, par exosmose, leurs sucs, leur arome, leurs principes albuminoïdes azotés, qui passent dans la saumure ; elles tombent dès lors dans la classe des aliments simplement carbonés ; elles ne répondent plus au besoin d'une alimentation animalisée. Dépouillées de toute saveur par les lavages auxquels on les soumet avant de les consommer, les salaisons dégénèrent en une substance fade et indigeste, qui fatigue très-promptement l'estomac ; dénaturées d'autre part par l'action du chlorure de sodium, elles constituent un aliment insuffisant et très-propre à amener la dyspepsie et l'inanition. Quand les viandes conservent un excès de salure, elles deviennent encore une cause de dyspepsie, par l'intensité de leur impression sur le palais et sur l'estomac, un obstacle à la digestion par la neutralisation des acides et des sucs gastriques, une cause d'inanition en restreignant la quantité des matériaux de nutrition, et aussi une cause de diffluence morbide des éléments coagulables du sang.

Les vivres *secs* (riz, biscuit, légumes féculents) qui composent la ration journalière des équipages et des garnisons dans les places assiégées, entrent eux-mêmes dans le mécanisme physiologique du scorbut, en déterminant la dyspepsie *flatulente*, par suite de l'insuffisance de la diastase animale et de la pepsine propres à convertir en produits absorbables des quantités considérables de substances amylacées.

C'est encore par la dyspepsie que prélude le scorbut chez les sujets condamnés à se nourrir invariablement des mêmes aliments pendant un temps plus ou moins long.

Le scorbut peut être un résultat de l'inanition, chez les religieux qui ne vivent que d'aliments végétaux.

Dans le traitement prophylactique ou curatif du scorbut, l'indication la plus urgente consiste à soustraire le personnel des navires ou des places assiégées aux causes de la maladie ; quand cette mesure est impraticable, il faut absolument introduire dans les approvisionnements de consommation : 1° des fruits acides ; ils raffermissent la cohésion des matériaux du sang, ils secondent la digestion stomacale et neutralisent l'excès des principes alcalins répandus dans l'organisme ; 2° le vin rouge aromatique ; en lotions, il rehausse l'énergie contractile des vaisseaux capillaires et prévient les suffusions sanguines ou séreuses ; 3° la pepsine ; comme coudiment et auxiliaire de la digestion ; 4° le suc ou l'extrait d'orties brûlantes, justement réputé comme hémostatique ; 5° le lait condensé, comme aliment frais et très-nutritif ; 6° l'extrait concentré de malt houblonné ; son amertume donne à l'estomac le ton qui lui manque, sa diastase assure la digestion des substances amylacées ; par lui-même, en raison de sa composition, il représente un aliment complet, et il offre de plus les propriétés des sucs d'herbes. » (*Comptes rendus*, t. LXXVII, n° 18.)

Emploi de l'aspirateur dans différentes affections de l'estomac. Dans notre dernier volume, p. 145, M. le docteur Dieulafoy a publié une observation d'empoisonnement par le laudanum, et il indique à ce propos le rôle que peut jouer l'aspirateur dans différentes affections de l'estomac, soit en enlevant les liquides qui y sont contenus, soit en portant directement divers topiques sur la muqueuse de l'estomac. On pourrait dans ce cas, dit-il, aborder la cavité stomacale par les voies naturelles, l'œsophage, ou par des voies artificielles, c'est-à-dire en pénétrant dans l'organe à travers les parois abdominales.

Presque à la même époque, le docteur Kussmaul pratiqua l'aspiration de l'estomac dans les circonstances suivantes:

Une fille de vingt-cinq ans, atteinte depuis onze ans d'une immense dilatation de l'estomac, fut opérée comme il suit: la fine aiguille de l'aspirateur fut introduite à travers les parois abdominales et on retira ainsi 3 litres de liquide; on lava ensuite la cavité avec de l'eau de Vichy. L'opération fut répétée tous les deux ou quatre jours, puis à des intervalles plus éloignés. La malade reprit peu à peu des forces. Ce succès engagea à faire plusieurs autres essais dont les résultats ont été publiés. M. Ploss et autres n'emploient pas l'aspirateur; mais on adapte à l'extrémité supérieure de la pompe stomacale un tube qui agit comme la longue branche d'un siphon; on fait tousser le malade : cela suffit pour amorcer ce siphon, et on extrait ainsi les liquides de la cavité. Lorsque tout le liquide est évacué, on lave l'estomac à l'aide du même tube.

On a cité un cas d'empoisonnement par l'acide phénique dans lequel l'aspirateur fut employé avec succès; chez un enfant qui avait avalé du laudanum, on retira le liquide à l'aide du tube à aspiration et la vie fut ainsi sauvée. (*Med. Press and Circular*, 16 avril 1873.)

Sur les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté. M. le docteur Duboué, de Pau, dans une brochure qu'il a publiée dernièrement, a fait l'étude comparative de divers médicaments, et en particulier de la quinine, de l'arsenic, de l'eau froide, de la propylamine et du seigle ergoté.

Dans un ouvrage sur l'impaludisme, M. Duboué s'était élevé contre la spécificité thérapeutique des médicaments, et notamment contre celle du sulfate de quinine. Chacun des agents réputés spécifiques, tels que la quinine, le mercure, l'iode, possède, il est vrai, une dominante thérapeutique, de telle sorte qu'il est plus particulièrement antipériodique, antisyphilitique ou antiscrofuleux; mais il a, en réalité, d'autres applications thérapeutiques qui résultent de son mode d'action physiologique.

Ainsi, d'après M. Duboué, la quinine agirait comme sédatif du système nerveux sensitif, et comme excitant du système nerveux moteur.

Cette dernière action, portée sur les vaisseaux par l'intermédiaire du système nerveux, active ou rétablit la circulation des vaisseaux capillaires.

C'est pour cela que la quinine réussit si bien à arrêter les hémoptysies dues à la tuberculose. Dans sa clientèle de phthisiques, M. Duboué a réussi à arrêter rapidement les hémoptysies chez vingt et un malades, en se servant du sulfate de quinine à la dose de 75 centigrammes à 1g,50 par jour.

Le sulfate de quinine agissant comme l'ergot de seigle pour exciter la contraction de l'utérus gravide (Dr Monteverdi), M. Duboué a essayé l'action de l'ergot dans les cas où le sulfate de quinine donne de bons résultats, dans les fièvres palustres, dans les névralgies et certaines névroses tributaires de la quinine; dans les congestions pulmonaires et dans les hémoptysies, et enfin dans la maladie de Graves ou de Basedow. Dans toutes ces affections, il a constamment observé les bons effets du seigle ergoté. Les effets de ce médicament sur les fièvres intermittentes, et sur les formes rebelles, analysées avec les précautions les plus minutieuses, ont donné quatorze guérisons sur quinze cas. Dans la fièvre intermittente, la dose thérapeutique du seigle ergoté est de 3 grammes par jour, en poudre aussi

fraîche que possible, prise en quatre paquets. Il n'y a pas eu d'accidents.

M. Duboué est conduit par analogie à penser que l'ergot réussirait aussi bien que le sulfate de quinine dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu; mais il n'a pas eu l'occasion de l'expérimenter. (*Journ. des connaiss. méd.*, 30 octobre.)

Bons effets de l'oxyde de zinc contre la diarrhée des enfants. Le docteur David J. Brakenridge, médecin de l'hôpital des Enfants malades, à Edimbourg, pense que très-souvent cette affection: 1° dépend principalement d'un état de faiblesse et d'excitabilité trop grande des centres nerveux qui président à la sécrétion des glandes intestinales; 2° est liée à des convulsions et autres maladies spasmodiques; 3° s'accompagne d'hyperémie des surfaces de sécrétion du canal alimentaire. Ces indications exigent donc un médicament à la fois tonique, antispasmodique et astringent. Ces propriétés sont heureusement combinées, dit-il, dans l'oxyde de zinc. Après avoir donné cette substance avec succès dans un grand nombre de cas, dont douze sont publiés en détail, il en conclut que sous l'influence de l'oxyde de zinc: 1° la diarrhée est rapidement maîtrisée; 2° les vomissements sont arrêtés; 3° les digestions sont améliorées; 4° les hémorrhagies intestinales cessent fréquemment; 5° la marche de la dentition, loin de souffrir de l'action du médicament, en est au contraire heureusement influencée; 6° bien qu'on n'ait rien changé dans aucun cas au régime ni aux autres conditions pouvant influer sur la maladie, ces circonstances, qui auraient pu être défavorables, n'ont pas empêché la guérison; 7° il s'ensuit donc que, lorsqu'on pourra instituer un régime régulier et améliorer les autres conditions, l'action du remède sera plus prompte et plus marquée.

J'ai donné l'oxyde de zinc, dit M. Brakenridge, dans plusieurs cas de diarrhée des phthisiques, survenue chez des enfants, avec un succès rapide et remarquable. Mais je n'en parle pas à dessein, car d'autres médicaments ont été administrés simultanément et peut-être l'amélioration doit-elle être attribuée à quelques-uns d'entre eux.

On peut donner l'oxyde de zinc dans un julep gommeux, et y ajouter avec avantage un peu de glycérine. Dans la plupart des cas on l'a ordonné sous forme de poudre. Il doit, autant que possible, être pris après le repas, car lorsque l'estomac est vide, il peut provoquer des nausées. (*Medical Times and Gazette*, 15 février 1873.)

Bons effets des courants continus dans la névralgie. Aux cas, déjà signalés dans notre recueil, de guérison des névralgies par les courants galvaniques constants (voir t. LXXXI, p. 234, et t. LXXXII, p. 556), nous devons ajouter les suivants, dus au docteur Stanley Gale, de Londres.

Miss B***, âgée de cinquante ans, d'une bonne santé habituelle, était atteinte depuis quatre ans d'une violente douleur d'entrailles. Cette douleur revenait à peu près toutes les semaines, durait une heure, puis disparaissait. En 1871, au mois de mai, elle était plus forte et occupait l'abdomen et la partie interne des cuisses. Elle revenait alors tous les trois jours et durait environ quatre heures. Plusieurs accoucheurs éminents de Londres avaient dit que c'était, l'un une ulcération du col, l'autre une tumeur fibreuse, un troisième une aménorrhée, et un quatrième une tendance au prolapsus. Aucun n'y avait rien fait d'efficace. Un médecin de campagne lui avait ordonné de petites doses d'extrait de belladone et des injections hypodermiques de morphine, qui la soulagèrent momentanément. L'application locale de la chaleur semblait mieux réussir que toute autre chose. Dès la première application d'un courant de quatre éléments de la pile du docteur Althaus, courant très-faible, la malade poussa un cri de douleur, pâlit, et se trouva presque mal. Un peu de brandy la remit, mais elle garda le lit pendant trois jours, et souffrit beaucoup dans cet intervalle.

On eut beaucoup de peine à la décider ensuite à suivre un traitement par les courants; mais enfin elle y consentit. On commença par deux éléments, puis on augmenta de deux par jour jusqu'à ce qu'on fût arrivé à trente. La douleur diminua peu à peu,

et au bout de cinq semaines elle avait disparu complétement. Il y eut un mois après une légère récidive qui disparut par une seule application du courant. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans cette observation, c'est l'extrême sensibilité de la malade à l'électricité.

Chez une autre demoiselle de quarante-deux ans, qui souffrait dans le bassin et les cuisses d'une douleur moins vive, survenant plus régulièrement, durant moins longtemps et qui avait été quelque peu améliorée par le sulfate de quinine, on employa les courants continus pendant près de six semaines sans aucun résultat. On galvanisa alors le sympathique avec six éléments de la pile de Stohrer, pendant une minute chaque fois, tous les matins. Au bout d'une semaine la douleur avait disparu. Elle reparut de temps en temps, mais on la guérit facilement par de nouvelles applications du courant galvanique.

Pour M. Stanley Gale, le courant constant est un des moyens les plus puissants et les plus utiles que l'on possède contre les névralgies. (*Med. Press and Circular*, 1er janvier 1873.)

Anévrysme poplité. Compression digitale, guérison en huit heures. Gangrène partielle des orteils consécutive, guérison. Georges T*** soixante-quatre ans, entre le 31 août 1872 à l'hôpital Saint-Thomas, service du docteur Mac Cormac, pour un anévrysme du creux poplité gauche. Il raconte qu'il y a trente ans, il se cassa la rotule gauche, le fémur du même côté il y a quatorze ans; enfin, trois semaines avant son entrée, il glissa et se fit une entorse de la jambe gauche. Trois ou quatre jours après, il s'aperçut d'une petite tumeur dans le jarret.

A l'entrée, la tumeur avait deux fois le volume d'un œuf de poule, elle était pulsatile et les battements cessaient par la compression de l'artère fémorale. On constate un état athéromateux des artères des membres, qui sont dures, flexueuses et incompressibles.

Le 2 septembre, à midi, on commence la compression digitale de l'artère fémorale, qui est continuée sans interruption jusqu'à huit heures du soir. A ce moment la tumeur est dure, et toute pulsation a cessé. On applique alors le tourniquet de Signorini sur la fémorale au sommet du triangle de Scarpa et on exerce une pression modérée, seulement pour diminuer la force du courant sanguin. La température du pied gauche, d'abord diminuée, est maintenant plus élevée que celle de l'autre pied. Pendant la compression et quelques heures après, on calma les douleurs à l'aide d'injections sous-cutanées de morphine.

Le 4 septembre, on enleva le tourniquet. Le 5, la température de la jambe gauche est moins élevée que celle de la jambe droite.

Le 9, décoloration de l'extrémité des orteils, celle du second exceptée. La séparation et l'élimination des parties mortifiées dure jusqu'au 5 décembre, et encore le malade, bien guéri de son anévrysme, ne peut-il quitter l'hôpital à cause de la cicatrisation lente du gros orteil, plus atteint que les autres.

M. Mac Cormac fait remarquer que, dans l'état où se trouvaient les artères, la compression était la seule méthode de traitement qui pût faire espérer le succès. La ligature aurait probablement été suivie d'hémorrhagie secondaire. Quoi qu'il en soit, l'observation n'en est pas moins intéressante, par les traumatismes répétés du membre inférieur où siégeait l'anévrysme, et par le peu de durée de la compression nécessitée pour amener la coagulation du sang dans le sac anévrysmal. (*Med. Times and Gazette*, 8 février 1873.)

VARIÉTÉS

Académie de médecine. — M. Goubaux a été élu membre de l'Académie, section de médecine vétérinaire, dans la séance du 18 novembre.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1873-1874, par M. Estor, agrégé ; — M. Garimond, agrégé libre (section de chirurgie), est rappelé à l'activité pour trois ans, à partir du 1er novembre 1873, en remplacement de M. Gayraud, qui est en congé ; — M. le docteur Serre (Jean-Hubert) est institué agrégé stagiaire (section de chirurgie et accouchements) par suite du concours ouvert le 1er avril 1872.

Ecole de médecine de Bordeaux. — Par décret du Président de la République, en date du 18 septembre, l'enseignement vient d'être réorganisé à cette Ecole, et un arrêté du ministre de l'Instruction publique, du 24 septembre, a nommé : M. Micé, professeur de chimie et toxicologie (chaire transformée) ; — M. Perrens, professeur d'histoire naturelle médicale ; — M. de Fleury, professeur de thérapeutique (chaire transformée) ; — M. Métadier, professeur de pharmacie et matière médicale.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique du 12 novembre, M. Chatin, membre de l'Académie de médecine, professeur, est nommé directeur de cette école, en remplacement de M. Bussy, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur honoraire.

Société de médecine légale. — Dans sa séance du 6 novembre courant, sur le rapport de M. Riant, le Conseil municipal de Paris a émis un avis favorable à la reconnaissance de la Société de médecine légale comme établissement d'utilité publique.

Hospices de Grenoble. *Concours.*— Un concours : 1° pour deux places de médecin adjoint ; 2° pour deux places de chirurgien adjoint, sera ouvert le 2 mars 1874.

Légion d'honneur. — M. le docteur Notta, à Lisieux (Calvados), est nommé chevalier.

Caisse des pensions viagères d'assistance. — Une circulaire du président de l'Association générale des médecins de France, adressée aux présidents des sociétés locales, leur rappelle les dispositions adoptées dans la dernière assemblée générale, relativement au fonctionnement de la caisse des pensions viagères d'assistance, qui doit commencer dans l'année 1874.

Voici les dispositions relatives aux conditions que les sociétés locales

auront à remplir pour que leurs demandes puissent être efficacement examinées :

« Toute demande de pension viagère en faveur d'un membre de l'Association doit être adressée par écrit à la commission administrative de la société dont il fait partie (art. 1er).

« Cette commission administrative examine la demande, et s'il est établi qu'elle est faite en faveur d'un sociétaire âgé ou infirme, privé de ressources et ayant régulièrement payé sa cotisation sociale depuis dix ans au moins, elle la transmet au conseil général avec son avis motivé ; elle y joint une copie légalisée de l'acte de naissance du sociétaire, et toutes les pièces qui peuvent justifier la demande (art. 2).

« La demande de pension et les pièces qui doivent l'accompagner sont envoyées au conseil général trois mois au moins avant la réunion de l'assemblée générale qui doit statuer sur cette demande, c'est-à-dire avant le 31 décembre de chaque année (art. 4). »

Les autres dispositions du règlement concernent les mesures que doivent prendre la commission de classement des demandes et le conseil général, pour que le vote de l'assemblée générale puisse être aussi libre et aussi éclairé que possible.

M. le président Tardieu termine sa circulaire en rappelant qu'une pension viagère d'assistance accordée par l'Association est incessible et insaisissable, qu'elle est servie par la caisse de retraites de la vieillesse et inscrite au grand-livre de la dette publique, et surtout que le confrère pensionné n'est plus le pensionnaire de l'Association, mais est devenu le pensionnaire de l'Etat, dans les caisses duquel l'Association a versé le capital représentant la pension.

Nouveaux journaux. — Nous avons annoncé dernièrement le *Journal de la jeune mère*, dont le rédacteur en chef s'est fait connaître par des travaux méritants relatifs à l'enfance, M. le docteur Brochard (de Lyon).

Si nos informations sont exactes, une publication analogue, *le Journal des jeunes mères et de leurs bébés*, vient de se fonder à Paris (bureaux, rue des Saints-Pères, 71).

Ces journaux répondent à un véritable besoin, et nous faisons des vœux pour qu'ils obtiennent le succès auquel ils ont droit.

Le choléra a Paris. — Le bulletin sanitaire de la ville de Paris a enregistré, pour la semaine finissant le 14 novembre, 2 décès cholériques seulement, et 4 pour la semaine finissant le 21 novembre.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

Au mois de juillet 1870, Bricheteau dut charger un ami du soin de diriger le *Bulletin de Thérapeutique* pendant une absence que rendait nécessaire l'altération de sa santé, mais qui, espérions-nous, ne devait durer que quelques semaines.

Les événements désastreux qui survinrent presque immédiatement, la maladie de notre malheureux Rédacteur en chef qui s'aggrava, sa mort prématurée, si digne de regrets, ont prolongé jusqu'ici ce qui avait semblé devoir n'être que provisoire.

Aujourd'hui cette situation touche à son terme.

A partir du 1er janvier 1874, le *Bulletin de Thérapeutique* sera placé sous la direction scientifique d'un comité de rédaction composé de MM. les professeurs Béhier, Bouchardat et Dolbeau, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, secrétaire de la rédaction.

Un nouvel essor va donc être imprimé — ces noms en sont une garantie certaine — à ce journal auquel les trois hommes de haute valeur qui se sont succédé depuis

sa fondation, Miquel, Debout, Bricheteau, avaient su conquérir et conserver une place si importante dans notre littérature médicale.

En quittant le poste qui lui avait été confié, celui qui va signer ces lignes tient à honneur d'exprimer sa gratitude aux savants collaborateurs dont le bienveillant concours l'a mis à même d'accomplir sa tâche.

A. GAUCHET.

15 décembre 1873.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des avantages de la ponction capillaire de l'ascite, dans le cas de dilatation de la cicatrice ombilicale ;

Par M. le docteur E. Leudet, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Rouen (1).

J'ai exposé, dans un chapitre de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, les circonstances qui rendent l'ascite curable; cette terminaison favorable de l'hydropisie intrapéritonéale est cependant l'exception, et presque toujours l'ascite se termine par la mort.

Existe-t-il, quand on est obligé de recourir à l'évacuation du liquide contenu dans le péritoine, quelques moyens propres à diminuer les inconvénients de la paracentèse et à prolonger la vie du malade? C'est là encore un but que le médecin doit se proposer, quand les agents empruntés à la matière médicale ont échoué et que la résorption du liquide est impossible.

Un des inconvénients les plus grands de la paracentèse abdominale, telle qu'elle est pratiquée, en général, avec un trocart de gros calibre, est de provoquer un épuisement du malade, si bien que l'adynamie augmente rapidement et amène la terminaison fatale.

La reproduction du liquide, de plus en plus rapide après chaque ponction, ajoute encore à cette adynamie. Cet état général, joint à la phlegmasie des viscères de l'abdomen, provoque quelquefois une phlegmasie du péritoine. Peut-être la piqûre répétée de la séreuse péritonéale doit-elle figurer au nombre des causes déterminantes de la péritonite. En effet, la sensibilité du péritoine varie beaucoup chez les différents malades. Chez les uns la paracentèse peut être répétée un grand nombre de fois sans éveiller la phlegmasie, chez d'autres l'inflammation est déjà provoquée par la première ou deuxième piqûre.

La ponction capillaire de l'ascite offre même au point de vue théorique quelques avantages incontestables sur la ponction faite avec le trocart volumineux. L'écoulement du liquide a lieu lente-

(1) Extrait de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, 1 vol. in-8°, sous presse pour paraître prochainement à la librairie J.-B. Baillière et fils.

ment, et par le fait de cette soustraction plus longue, l'adynamie est beaucoup moindre. Cette supposition me semble une réalité, comme je le prouverai par les deux observations qui servent de base à ce travail. La ponction capillaire paraît occasionner moins facilement que celle faite avec le trocart volumineux, la phlegmasie aiguë du péritoine.

Dans l'expérience thérapeutique que j'ai instituée, je me suis placé dans des conditions spéciales, dont il faut tenir compte dans l'appréciation des résultats. Mes deux malades avaient une dilatation de la cicatrice ombilicale, l'orifice annulaire permettait de refouler l'indicateur dans l'abdomen: la peau de la cicatrice soulevée formait une poche du volume d'un œuf de pigeon. C'est dans cette cicatrice que j'introduisais le trocart capillaire. Cette manière de procéder offrait l'avantage de piquer une poche tapissée d'une membrane artificielle, ne communiquant avec le péritoine que par un orifice plus ou moins étroit. Cette membrane pouvait s'irriter moins facilement que la grande séreuse de l'abdomen. La canule du trocart capillaire introduite dans cette poche avait moins de chances d'être obturée par les anses intestinales, que si elle avait pénétré directement dans la grande cavité du péritoine.

Ces motifs avaient depuis longtemps éveillé mon attention, quand, à propos d'une consultation avec MM. Béhier et Gubler pour le malade dont je rapporterai immédiatement l'histoire, l'utilité de cette méthode me fut encore indiquée par mon ancien camarade et ami M. Gubler. Je résolus donc de l'expérimenter; c'est le résultat de ces expériences cliniques que j'exposerai ici. Voici le premier fait que j'ai pu recueillir :

Obs. I. *Altération organique des parois du cœur; glycosurie; dégénérescence athéromateuse étendue des artères; cirrhose du foie; ascite; deux ponctions de l'ascite avec le trocart volumineux; adynamie consécutive grave; ponctions capillaires nombreuses pratiquées pendant treize mois par le nombril, sans adynamie; anasarque; pneumonie cachectique; mort.* — M. B***, âgé de cinquante-sept ans, négociant en liquides, d'une bonne santé antérieure, commença à éprouver, vers l'âge de quarante ans, des attaques de goutte affectant principalement les membres inférieurs, sans jamais provoquer de désordres réels au cœur. Vers l'âge de cinquante-deux ans, gravelle urique sans douleur, et peu de temps après soif incommode, s'accompagnant d'une glycosurie légère. M. B*** s'abstint alors de l'alimentation féculente, suivit un régime tonique. En 1868, à l'âge de cinquante-cinq ans, M. B*** accusa

par moments de l'oppression épigastrique ; la nuit il se relevait, éprouvait une véritable angoisse quand il essayait de rester dans son lit. Les urines, souvent sédimenteuses, étaient peu abondantes; la quantité de glycose contenue dans les urines diminua progressivement; je constatai une augmentation légère du volume du ventre, une faible sensibilité du foie, qui débordait un peu au-dessous des fausses côtes. L'impulsion du cœur était faible, les bruits profonds; un souffle doux et très-léger recouvrait le premier bruit, principalement le long du bord gauche du cœur. Pas d'augmentation dans l'étendue de la matité précordiale. Ossification prématurée étendue des tuniques des deux artères radiales au point que le pouls y est très-faible, difficile à distinguer, et ne pouvait être compté. Aucune hypertrophie de la rate. Dyspepsie habituelle, régurgitations aqueuses le matin et répugnance pour tous les aliments non épicés. (De petites doses d'éther, des purgatifs répétés, procurèrent un amendement notable.)

En février 1869, à l'âge de cinquante-six ans, M. B*** éprouva une recrudescence des accidents dyspnéiques; un peu d'épanchement pleurétique apparut, occupa rapidement toute la moitié inférieure de la plèvre droite ; amélioration rapide par les vésicatoires et les purgatifs salins. Cette amélioration ne fut pas de longue durée; au mois d'avril 1869, apparition d'une ascite devenant rapidement considérable, et provoquant la distension du nombril; quinze jours après son apparition, œdème considérable des deux jambes et des cuisses (purgatifs répétés). Vers la fin d'avril, accidents de dyspnée croissants, anasarque, anurie (petites doses de digitale, provoquant une diurèse abondante). L'amélioration fut de courte durée. Dans le mois de mai, l'œdème des jambes devint tellement considérable, que je dus pratiquer des piqûres aux jambes avec une aiguille volumineuse; l'écoulement séreux des deux jambes procura une amélioration marquée. Deux des piqûres de la jambe droite devinrent ulcéreuses (traitement par le bitter-wasser de Kissingen, un verre tous les deux jours). Le traitement, continué pendant un mois, procura une diminution considérable de l'ascite et la disparition de l'anasarque. De juin au commencement d'août 1869, l'état du malade fut assez satisfaisant; doué d'une rare énergie, M. B*** sortait encore chaque jour à pied ; son appétit était habituellement assez bon, les urines demeuraient rares, et les selles n'étaient provoquées que par des purgatifs salins.

Vers le milieu d'août 1869, recrudescence rapide de l'ascite ; nouvelle distension de l'ombilic ; dyspnée consécutive. Le 12 septembre, une première ponction pratiquée avec un trocart ordinaire provoque l'écoulement de 18 litres de sérosité citrine. M. B*** eut une demi-syncope pendant l'écoulement du liquide ascitique. Après la ponction, le malade demeura tellement faible qu'il dut garder le lit pendant une semaine; il ne reprit ses forces qu'incomplétement. La reproduction du liquide fut rapide, et le 15 octobre une deuxième ponction avec le trocart ordinaire fut pratiquée; il

s'écoula 13 litres environ de sérosité citrine. L'adynamie consécutive à cette deuxième paracentèse fut moins intense ; le 21, M. B*** recommença à sortir à pied ; le 27, il partit pour Paris ; le 29 du même mois, je l'examinai avec MM. Béhier et Gubler. Ces deux médecins constatèrent l'état du cœur, des artères, et une diminution considérable du volume du foie. La moitié inférieure de l'abdomen était déjà remplie par l'épanchement ascitique, la cicatrice ombilicale était déjà distendue par le liquide. Les principales indications thérapeutiques furent de revenir, de temps à autre, aux purgatifs, de soutenir les forces autant que possible. M. Gubler insista sur l'opportunité de la ponction par le nombril ; il conseillait de pratiquer cette ponction avec une aiguille de gros calibre, et de laisser s'écouler de lui-même le liquide de l'ascite. Deux semaines environ après le retour de M. B*** de Paris, l'accumulation du liquide dans le péritoine rendait la ponction nécessaire ; je pratiquai la ponction avec une grosse aiguille; il s'écoula environ 4 litres de sérosité. Au bout de seize jours, la cavité abdominale était distendue de nouveau ; comme l'écoulement du liquide avait été insuffisant, je pratiquai la ponction sur la cicatrice ombilicale avec le trocart dit *capillaire de trousse*, trocart nommé encore *trocart explorateur*. Il s'écoula 10 litres de liquide en cinq heures. Le malade n'en éprouva aucun affaiblissement; dès le lendemain il pouvait sortir à pied, ne ressentant aucun affaiblissement ni aucune douleur abdominale. Depuis cette époque, j'ai eu recours constamment au même moyen. Les intervalles entre chaque ponction variaient de trois à six semaines ; ce dernier intervalle ne fut obtenu que deux fois. Le trocart explorateur a toujours été l'instrument employé. La ponction était pratiquée sur la partie latérale de la cicatrice ombilicale, et l'instrument était lentement introduit ; autant que possible, l'extrémité de la canule ne pénétrait pas dans la cavité péritonéale. Cette introduction causait très-peu de douleur. L'écoulement avait lieu au début par un jet, et vers la fin par gouttes ; sa durée était de trois heures et demie à quatre heures et demie. Un changement dans la direction de la canule suffisait pour rétablir l'écoulement quand il s'interrompait. La canule introduite dans la peau épaisse se maintenait d'elle-même, elle n'avait pas besoin d'être soutenue. L'extraction de la canule avait lieu sans douleur et ne provoquait pas d'écoulement de sang.

Cette ponction capillaire procurait l'évacuation de presque tout le liquide contenu dans la cavité péritonéale, comme je m'en assurai nombre de fois, au moyen de la percussion soigneusement pratiquée dans les régions les plus déclives. L'orifice par lequel la ponction était pratiquée ne demeura jamais fistuleux ; il se bouchait le jour même et ne donnait issue les jours suivants à aucun liquide.

Après quelques-unes de ces opérations, M. B*** accusa quelques douleurs de ventre; aucun symptôme de péritonite. Jamais la poche constituée par la dilatation de la cicatrice ombilicale ne

devint le siége d'une douleur ni d'une irritation superficielle ou profonde.

Les ponctions capillaires n'ont jamais eu pour effet immédiat de provoquer un malaise ou une menace de syncope. Le malade éprouvait après chacune de ces opérations un bien-être marqué; il pouvait sortir le même jour; aussi M. B*** avait-il une telle confiance dans leur innocuité, qu'un soir il m'écrivait de venir lui faire la ponction le lendemain matin, ayant l'intention d'assister le même jour à la noce d'un de ses parents; en effet, le soir même il dînait en nombreuse société, et restait à la soirée jusqu'à deux heures du matin.

En novembre 1869, j'instituai pendant un mois une cure de raisin; M. B*** en consommait chaque jour de 2 à 3 livres, à jeun ou entre les repas. Cette médication provoquait plusieurs selles liquides, sans aucune douleur. Pendant le reste de l'année et pendant les dix premiers mois de l'année 1870, j'eus recours à un ou deux verres d'eau de Birmenstorff ou de Pullna, pris tous les deux jours. Le malade avait une ou deux selles après l'emploi de ce purgatif.

Dans l'été de 1870, M. B*** éprouva une diminution progressive de l'appétit; les toniques et les excitants de l'estomac n'eurent aucun effet favorable; en octobre M. B*** avait presque renoncé à manger de la viande; il ne prenait que du bouillon et des aliments maigres. Au commencement de ce mois, l'œdème des membres inférieurs présenta une aggravation marquée; simultanément dyspnée dans le décubitus; le malade renonça peu à peu à passer la nuit dans son lit; il se levait un certain nombre d'heures et dormait appuyé sur une petite table disposée à cet effet. La peau des deux jambes s'ulcéra peu à peu et devint le siége d'un écoulement séreux continu. Au commencement de novembre, M. B*** renonça à passer la nuit dans son lit; il n'y restait que quelques heures le matin. Vers la fin du mois, affaiblissement, apparition d'une broncho-pneumonie double (vésicatoires). Mort dans la nuit sans agonie.

J'ai relaté ce fait en détail, car il prouve l'innocuité des ponctions capillaires de l'ascite, au moins quand on les pratique dans la cicatrice ombilicale.

Les ponctions n'ont pas amené la guérison de l'ascite, mais elles ont, je le crois, prolongé l'existence du malade. Les deux premières ponctions, pratiquées avec le trocart ordinaire, provoquaient une adynamie dont le malade ne sortait que quelques jours après; rien de semblable n'avait lieu à la suite des ponctions capillaires. On a vu l'innocuité parfaite de ce procédé relativement au péritoine et à la bourse muqueuse ombilicale.

La mort a été provoquée par le développement de l'anasarque et l'adynamie, enfin par une broncho-pneumonie. L'altération du cœur semble avoir été l'origine principale des accidents ultimes. Ainsi, grâce à ce moyen, la vie de M. B*** a été prolongée de quelques mois au moins. Il est rare de voir un malade atteint de cirrhose du foie supporter dix-sept ponctions ; ce fait est tellement évident que je n'analyserai pas les observations de cirrhose recueillies dans ma pratique d'hôpital ; chez aucun des individus atteints de cette altération du foie, je n'ai pu pratiquer autant de ponctions.

Dans le deuxième fait que j'ai recueilli, le malade a supporté un nombre presque égal de ponctions capillaires.

Obs. II. *Anomalotrophie du cœur ; insuffisance valvulaire mitrale ; ascite ; quatorze ponctions capillaires pratiquées par la cicatrice ombilicale dans l'espace de sept mois ; mort ; autopsie.* — Quevillard (Opportune), âgée de quarante-trois ans, entre le 14 avril 1868, à l'Hôtel-Dieu, salle II, n° 17 ; elle rapporte avoir eu la goutte aux poignets dans son enfance, et avoir éprouvé depuis de longues années des palpitations. Vers l'âge de quinze ans, elle a eu les jambes enflées et très-douloureuses ; à l'âge de trente-neuf ans, en octobre 1864, apparition subite après le dîner d'une perte absolue de connaissance suivie d'une hémiplégie droite incomplète et d'un trouble de la parole tel qu'on ne pouvait la comprendre. Dans la soirée du même jour la faculté de la parole avait déjà repris son intégrité absolue.

Le lendemain de la perte de connaissance, l'hémiplégie droite avait disparu en grande partie ; cependant, depuis cette époque jusqu'au jour de sa mort, le côté droit du corps est toujours resté un peu plus faible que le gauche. Le 2 avril 1868, apparition d'une douleur sous le sein droit, frissons, malaise et toux. Saignée du bras et application de sangsues sous le sein droit, pratiquées en ville. Le 15 au matin, dyspnée, points de côté très-peu douloureux ; pouls à 88, inégal ; pas d'augmentation de l'étendue de la matité précordiale, aucun abaissement de la pointe. Souffle doux au premier temps au bord gauche et à la base du cœur. Matité dans le tiers inférieur et postérieur droit, avec respiration bronchique, mêlée de râles crépitants dans la partie supérieure de la région mate ; respiration très-faible à la partie la plus inférieure avec broncho-égophonie. Crachats sanguinolents rougeâtres peu aérés (julep avec tartre stibié, 4 décigrammes, et sirop thébaïque, 40 grammes ; vésicatoire volant à la base du côté droit du thorax en arrière).

Les jours suivants, état général meilleur ; moins de dyspnée, diminution de la respiration bronchique à droite ; râles sous-crépitants abondants ; quelques frottements mous, quelques râles sous-crépitants à la base du poumon gauche. Le 20 avril, le tartre

stibié est supprimé et remplacé par un julep additionné de 15 centigrammes de kermès minéral. Le 23 avril, une portion d'aliments.

Au commencement de mai 1868, la dyspnée a cessé ; il reste encore quelques frottements mous à la partie inférieure du côté droit du thorax, et des râles sous-crépitants épars aux deux bases. Les crachats, de moins en moins nombreux, sont toujours formés de sang presque pur et noirâtre. Quevillard quitte l'Hôtel-Dieu le 23 mai 1868.

Elle y rentre le 21 septembre 1869, accusant une dyspnée qui a été graduellement en augmentant depuis un an. Dans les premiers jours de septembre, œdème croissant des membres inférieurs. Cyanose légère de la face et des mains; la matité précordiale est toujours peu étendue; souffle plus fort au premier temps, ayant son summum au niveau du bord gauche du cœur; turgescence des veines du col; le bord inférieur du foie déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, au niveau de la verticale abaissée du mamelon; quelques râles sonores, mêlés de sous-crépitants, avec un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire aux deux bases (julep avec 1 gramme de teinture de digitale). Les jours suivants, diminution de la dyspnée; urines abondantes. Le volume du foie reste le même. Quevillard sort de l'hôpital le 22 octobre 1869.

Elle entre pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu, dans ma division, le 16 janvier 1870; la dyspnée a augmenté; l'œdème des membres inférieurs, reparu depuis plusieurs semaines, est plus considérable. Matité précordiale plus étendue; impulsion de la pointe médiate. Souffle au premier temps distinct au bord gauche du cœur, et un peu au niveau de la base de l'aorte. Cyanose, conjonctives un peu jaunâtres. Anorexie, état nauséeux; foie débordant toujours au moins de quatre travers de doigt (vin scillitique; julep avec extrait mou de quinquina, 2 grammes; ventouses scarifiées à l'hypochondre droit, pour 60 grammes de sang). L'urine, un peu foncée, contient une petite quantité d'albumine. Les jours suivants apparaît une recrudescence de toux; matité légère dans le quart inférieur de chaque côté du thorax en arrière; égophonie, râles épars.

A la fin de janvier, l'œdème des membres inférieurs avait subi une diminution légère (purgatifs répétés, pilules drastiques).

Etat stationnaire pendant le mois de février. Le 13 mars 1870, apparition d'un délire calme, maniaque par moments ; ainsi elle refuse de manger ; on l'accuse, dit-elle, d'avoir assassiné un enfant, d'autres fois de donner du poison, etc. Ce délire est parfois calme, ou tellement agité qu'on est forcé de lui mettre la camisole. Pendant ce temps l'anasarque augmente ; il occupe les membres inférieurs et supérieurs, et coïncide avec un épanchement rapidement croissant dans le péritoine. Cette ascite devient si considérable que la cicatrice ombilicale se dilate, fait une saillie énorme en avant.

Plusieurs doses de 15 grammes d'eau-de-vie allemande ne procurent aucune diminution des accidents hydropiques. Adynamie générale, anorexie.

Une première ponction de l'ascite est pratiquée sur la peau de la cicatrice ombilicale, au moyen du trocart capillaire, en mai le 22; en juin les 9, 14, 28; en juillet le 14; en août les 16 et 27; en septembre le 13 et le 29; en octobre les 12 et 25; en novembre les 8 et 23, et en décembre le 7. Chaque ponction provoque l'évacuation d'un seau de liquide citrin. Aucune douleur consécutive. Les premières ponctions provoquent une amélioration réelle, l'œdème des jambes diminue; il reparaît considérable en novembre, et ne cesse plus jusqu'à la mort. Anorexie, insomnie. Mort le 7 décembre 1870.

Examen du cadavre le 11 décembre 1860, à neuf heures du matin; temps sec et froid; aucune roideur cadavérique, pas de traces de putréfaction.

Cerveau et moelle non examinés.

Pas d'épanchement dans les plèvres; adhérences anciennes intimes des deux feuillets de la plèvre gauche dans leur moitié supérieure; ces adhérences sont tellement intimes, que l'on ne peut détacher le sommet du poumon gauche; celui-ci est induré, difficile à couper; aucunes traces de tubercules; un peu d'engouement de la base de ce poumon. A peine un peu d'engouement de la base du poumon droit.

Pas d'épanchement dans le péricarde. Absence de plaques laiteuses. Le cœur, d'un quart plus volumineux que dans l'état normal, présentait une pointe un peu obtuse; dilatation considérable des cavités droites, autant du ventricule droit que de l'oreillette du même côté. Dilatation énorme de l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Endocarde sain. L'orifice auriculo-ventriculaire droit, très-élargi, livrait facilement passage à quatre doigts; aucun épaississement du bord libre de la valvule. La cavité du ventricule gauche est peu dilatée. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche, un peu large, livre facilement passage à deux doigts. Intégrité absolue de la valvule auriculo-ventriculaire. Oreillette gauche saine. Peu d'augmentation d'épaisseur des parois des ventricules, pas de caillot dans les cavités. Intégrité absolue des orifices artériels et de l'aorte. Le trou de Botal est bien clos.

Epanchement dans la cavité du péritoine de 3 litres environ de sérosité un peu louche; coloration noirâtre pigmentée du péritoine viscéral qui recouvre les anses intestinales et d'une partie du péritoine pariétal en avant; adhérences celluleuses anciennes assez lâches entre les anses intestinales. Quelques adhérences analogues fixaient la masse intestinale à la paroi antérieure de l'abdomen. Dans ce point, et à quelque distance de l'ombilic, principalement à gauche, le péritoine présentait plusieurs ulcérations du diamètre d'un pois, un peu ovoïdes, à bords parfaitement limités, sans aucune rougeur périphérique. Cette perte de substance laissait à nu

l'aponévrose sous-jacente, qui n'offrait aucune lésion. L'ombilic, très-dilaté, offrait le volume d'un œuf de pigeon; la peau adhère aux couches sous-jacentes; la dernière piqûre de la ponction est bouchée par un petit caillot de sang; deux ulcérations péritonéales analogues à celles décrites plus haut existaient à la face interne du sac.

Tube digestif non examiné.

Foie un peu plus volumineux que dans l'état normal, épaississement de ses membranes d'enveloppe séreuse et fibreuse. Tissu ferme, un peu granité; fausse cirrhose; tissu un peu muscade; quelques points décolorés, de même qu'un commencement de dégénérescence amylacée, et ailleurs graisseuse. Voies biliaires saines.

La rate, augmentée d'un tiers de son volume normal, présentait une hypertrophie de la membrane fibreuse d'enveloppe; quelques plaques nacrées et fibreuses. Tissu ferme, se coupant facilement en tranches, d'un aspect brillant, et un peu ocracé par places.

Les deux reins, assez volumineux, d'une couleur rouge foncée, étaient fermes.

Utérus et annexes sains.

Chez cette malade, les accidents immédiats de la paracentèse n'ont offert aucune gravité; néanmoins l'examen cadavérique a montré l'existence d'une phlegmasie chronique du péritoine, adhésive, et d'ulcérations de la surface du péritoine dans le voisinage de la cicatrice ombilicale dilatée. Cette péritonite chronique doit-elle être attribuée aux ponctions ou à la maladie elle-même? Cela est très-difficile à déterminer; cependant, quelle que soit son origine, elle ne déposerait pas contre les avantages de la ponction capillaire. La phlegmasie adhésive du péritoine, comme je l'ai démontré dans un autre travail, est un des moyens de guérison de l'ascite.

Comme la précédente, l'observation de la fille Quevillard démontre l'innocuité relative des ponctions capillaires répétées et la tolérance de l'économie pour supporter ces évacuations lentes de liquide.

Je crois donc que ces deux faits nous autorisent à poursuivre l'expérience d'un moyen qui me semble offrir une utilité thérapeutique réelle.

Note sur l'action physiologique et toxique comparée de l'opium et de ses alcaloïdes (1) ;

Par M. le docteur J.-V. LABORDE.

II. S'il était nécessaire de justifier plus amplement le choix du principe immédiat sur la substance brute dont il provient, ce ne pourrait être que pour combattre le préjugé de ceux qui croient encore que la thérapeutique ne saurait vivre sans quelques-unes des préparations officinales plus ou moins surannées de l'opium : extraits, teinture, surtout les laudanums. Certes, nous sommes bien loin de méconnaître les services rendus par ces préparations en l'absence des produits plus simples et non moins efficaces récemment acquis ; mais, du moment que ces derniers existent et que l'expérimentation physiologique et la clinique ont prononcé sur leur action nettement déterminée et sur leur valeur thérapeutique, pourquoi hésiter à les substituer à des médicaments complexes, constitués par un nombre indéfini de principes mélangés dont les actions individuelles sont entièrement opposées et se contrarient; d'où, en définitive, des effets plus ou moins dangereux dus à la prédominance des actions toxiques?

Il ne suffit pas, néanmoins, d'opter pour les alcaloïdes: il faut encore et il importe beaucoup de discerner et de choisir celui qui convient le mieux à l'indication morbide et qui, en même temps, présente, dans les conditions où il est employé, le moindre danger par ses propriétés toxiques. Laissant de côté, pour le moment, les autres aspects du problème thérapeutique, nous nous en tiendrons à ce dernier point de vue : le degré relatif de nocuité ou de toxicité. Les trois alcaloïdes de la série proprement toxique et convulsivante, et qui sont même dénués de la propriété soporifique, sont évidemment hors de cause, sans excepter la papavérine, bien que cette dernière ait été objet de quelques essais thérapeutiques sur lesquels nous nous proposons de revenir. Ce sont donc les trois alcaloïdes usuels, dans la pratique, c'est-à-dire la morphine, la codéine et la narcéine, qui doivent exclusivement nous occuper.

Rien ne saurait mieux montrer la nécessité de l'expérimentation préalable des substances médicamenteuses que ce qui s'est produit

(1) Suite et fin. Voir le numéro du 30 octobre.

en thérapeutique relativement à la codéine ; son usage empirique a pu et a dû certainement être l'occasion des plus regrettables accidents. On sait que l'engouement dont ce produit a été l'objet dès le début de son introduction dans la pratique, tenait principalement à la réputation d'innocuité relative qu'on lui a faite. Déjà Claude Bernard a montré que cette réputation était, en grande partie, usurpée ; de nouvelles expériences nous ont conduit à corrohorer et à préciser davantage cette démonstration. L'étude parallèle et comparative de l'action physiologique de la morphine et de la codéine est bien faite pour une appréciation facile et exacte du résultat que nous désirons mettre en lumière.

Prenez deux chiens aussi semblables que possible par la taille, le poids, la vigueur et la race (deux jeunes chiens d'une même portée remplissent très-bien ces conditions); sous la peau de l'aîne ou de l'aisselle injectez, à l'aide de la seringue de Pravaz, à l'un 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, à l'autre 1 centigramme de chlorhydrate de codéine ; renouvelez l'introduction de la même dose successivement jusqu'à production de l'effet hypnotique, lequel sera atteint, s'il s'agit d'animaux de moyenne taille, avec 4 ou 5 centigrammes de chacune des deux substances, avec cette différence toutefois que le sommeil produit par la morphine est plus profond et plus calme que le sommeil dû à la codéine. Dès ce moment, continuez les injections successives et simultanées, mais en les réduisant chacune à 1 milligramme de principe actif. Vous pourrez ainsi atteindre, chez le chien morphiné, la dose de 7, 8, 8 centigrammes et demi, et quelquefois davantage, sans engendrer d'autres phénomènes qu'un accroissement des effets soporifiques et stupéfiants ; tandis que, chez le chien codéiné, 1 ou 2 milligrammes à peine ajoutés à la dose qui jusqu'alors n'avait produit que les symptômes d'hypnotisme habituels, donneront lieu tout à coup et sans avertissement préalable aux accidents toxiques les plus graves, caractérisés par la forme convulsive, et dont la mort sera la suite.

L'expérience est plus frappante encore et plus démonstrative lorsqu'on opère sur des cochons d'Inde ou sur des lapins, animaux dont la susceptibilité nerveuse est plus accentuée ; mais, en ce cas, il faut modérer les doses et les administrer successivement avec mesure et précaution pour ne pas provoquer trop rapidement les effets toxiques mortels.

Ces derniers, disions-nous, chez les animaux soumis à l'action de la codéine, éclatent tout à coup, sans transition, sans avertissement. Toutefois nous avons vu se manifester, dans ces conditions, un symptôme qui n'avait pas été encore signalé, que nous sachions, et qui peut avoir, dans la pratique, une réelle importance comme signe prémonitoire : c'est la *dilatation pupillaire* succédant au rétrécissement qui existe pendant le sommeil narcotique et qui caractérise, pour sa part, l'action des alcaloïdes doués de la propriété soporifique. Cette dilatation, qui commence avec les accidents toxiques, et que, moyennant une observation très-attentive, on peut voir quelquefois les précéder, croît et se prononce de plus en plus durant la période convulsive des accidents, et elle atteint son maximum au moment des phénomènes asphyxiques terminaux. On peut considérer, à cet égard, la codéine comme servant de transition entre les alcaloïdes doués de la propriété soporifique et stupéfiante et les alcaloïdes de la série purement toxique et convulsivante; nous avons déjà montré que ces derniers produisaient d'emblée la dilatation pupillaire, au lieu du rétrécissement (voir *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1872). Cette action, d'ailleurs, est commune à la plupart des poisons convulsivants qui ont, en même temps, pour effet habituel de produire la mort par le mécanisme asphyxique.

Un autre phénomène qui peut également avoir une certaine portée pratique, c'est l'élévation subite de la température, préalablement abaissée, sitôt qu'apparaissent les symptômes convulsifs. Ce résultat pouvait être facilement prévu, étant donné ce fait physiologique qui peut être érigé en loi, savoir : que toute manifestation convulsive élève la température musculaire d'abord, et consécutivement la température générale ; mais il a, dans l'espèce, une signification particulière, voici pourquoi : sous l'influence du sommeil et de la stupéfaction narcotiques, la température s'abaisse plus ou moins considérablement, selon le degré de narcotisme ; le plus grand abaissement est produit par l'action de la morphine : nous avons constaté qu'il pouvait être de 2 et même de 3 degrés centigrades dans un très-court espace de temps chez des chiens auxquels avaient été administrés en injection sous-cutanée 5, 6 et 7 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Cette réfrigération se produit également, mais à un moindre degré, pendant le sommeil, ou plutôt pendant le calme et l'espèce

de stupeur (car il ne s'agit point d'un véritable sommeil) qu'amène la codéine. Mais si l'action convulsivante de cette dernière vient à se manifester extemporanément, comme c'est l'habitude, on constate aussitôt une élévation thermique qui peut même dépasser durant quelques instants le taux de la température normale primitive. Voilà le fait que nous voulions particulièrement signaler, et qui n'est pas sans présenter, ce nous semble, quelque intérêt et aussi une certaine signification pratique, surtout si on le rapproche du fait de la dilatation des pupilles.

Il nous resterait, pour compléter ce sujet, à faire comparativement et à notre point de vue l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la morphine et de la narcéine.

Pour le moment, qu'il nous soit permis de résumer les considérations qui précèdent, en disant :

1° Que les préparations officinales d'opium brut le plus en usage offrent des dangers plus réels et plus graves qu'on ne le croit habituellement ; ce qui tient à la prédominance possible et même fréquente de l'action toxique et convulsivante des principes contenus et mêlés dans la substance brute ;

2° Que les alcaloïdes doivent, autant que possible, être substitués dans la pratique à ces préparations ;

3° Que parmi ces alcaloïdes la narcéine et la morphine doivent être préférées aux autres, tant à cause du degré relativement inférieur de toxicité dont elles sont douées que de la sûreté de leur action ;

4° Enfin que la codéine ne doit être employée qu'avec une précaution extrême, sinon totalement abandonnée, à raison de l'insidiosité de son action toxique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Kystes tendineux du poignet et de la main; incision ou extirpation de ces kystes; pansement par l'occlusion inamovible; guérison rapide sans aucun accident inflammatoire;

Par M. A. Poncet, interne des hôpitaux.

Les kystes tendineux du poignet et de la main, qu'ils occupent la région dorsale ou la région palmaire, sont toujours gênants pour le malade qui en est porteur, lorsqu'ils ont atteint certaines dimensions.

Les kystes de la région palmaire surtout constituent une lésion grave, qui doit appeler l'attention du chirurgien parce qu'elle peut mettre le malade dans l'impossibilité de se servir de ses mains.

Ils limitent, en effet, les mouvements des doigts et sont parfois la cause de fourmillements, de douleurs pouvant s'irradier dans tout le membre. Le plus habituellement, c'est dans ces conditions, lorsqu'ils ne peuvent se livrer à un travail pénible et quand ils ont épuisé toute la série des médicaments extérieurs, que les malades viennent réclamer les secours de l'art.

Une question importante se pose alors : Que faut-il faire ? Comment interviendra-t-on ? Cette question du traitement est loin d'avoir reçu partout la même solution, et si l'on se reporte aux travaux publiés sur ce sujet, on voit que l'on peut agir sur la tumeur de bien des manières différentes, depuis la simple compression jusqu'à l'incision et l'extirpation du kyste. Mais tous ces moyens n'offrent pas les mêmes garanties de succès, et à juger par les résultats obtenus, on voit que les uns, ne présentant, il est vrai, aucun danger, sont d'une efficacité douteuse, tandis que les autres, qui permettent d'espérer un succès durable, exposent à des accidents graves, capables parfois d'entraîner la mort.

Le chirurgien se trouve ainsi placé dans l'alternative de faire un traitement d'une innocuité à peu près complète, mais sur l'utilité duquel il ne peut compter, ou bien d'employer un moyen efficace, mais dangereux.

Dupuytren abordait avec appréhension le traitement des tumeurs synoviales enkystées ; il n'osait les ouvrir, et Velpeau, considérant

la structure de ces gaînes synoviales, leurs prolongements, les connexions qu'elles affectent entre elles, l'appareil ligamenteux qui les recouvre, regardait l'incision comme fort effrayante par ses suites possibles. Le véritable traitement est donc celui qui assure la guérison, tout en mettant à l'abri de complications redoutables ; c'est dans le procédé opératoire et dans le pansement de la plaie qu'on doit chercher le moyen de prévenir ces accidents.

L'*occlusion inamovible*, telle que la pratique M. Ollier, et dont l'emploi repose sur l'association de deux principes élémentaires de pratique chirurgicale, l'*occlusion* et l'*immobilité*, lui a permis de porter impunément le bistouri dans ces kystes tendineux.

Si les tumeurs dont nous parlons apportent une gêne notable aux mouvements, si elles sont douloureuses et que le malade réclame une guérison complète, le chirurgien de Lyon, confiant dans ce mode de pansement, n'hésite pas à enlever le kyste ou à faire une incision qui puisse donner issue à son contenu.

Il n'emploie l'extirpation que lorsque la tumeur est mobile et déjà plus ou moins pédiculée, lorsqu'elle est isolée de la gaîne synoviale aux dépens de laquelle elle s'est formée. Ce genre de kystes tendineux s'observe surtout à la face dorsale du poignet et de la main ; nous rapportons ici une observation où, pour un kyste semblable, M. Ollier fit l'extirpation de la tumeur.

Ce dernier mode de traitement ne saurait être applicable à tous les kystes ; il en est, en effet, ceux par exemple de la face antérieure du poignet et de la paume de la main, qui ne peuvent être extirpés. Il faut alors recourir à l'incision. M. Ollier recommande de la faire sur la partie la plus saillante de la tumeur. Ses dimensions doivent être telles que la pression permette de vider facilement la poche, soit que le kyste renferme simplement un liquide visqueux, gluant, soit qu'il contienne de petites masses solides de forme variée (grains riziformes) qui forment quelquefois la presque totalité du contenu de la poche.

L'opération terminée, M. Ollier réunit par quelques points de suture métallique, faits avec des fils capillaires, les bords de la plaie et emploie ensuite l'occlusion inamovible.

La main étant maintenue dans la direction de l'axe du membre et l'avant-bras fléchi sur le bras à angle droit, on applique sur la plaie des couches d'ouate très-fine, puis on recouvre entièrement les doigts et la main de couches épaisses d'ouate qui remontent très-

haut sur le membre jusqu'au moignon de l'épaule. On maintient le coton à l'aide de quelques tours de bande modérément serrés et l'on se sert de bandes imprégnées de silicate de potasse. Au bout de vingt-quatre à trente-six heures, le bandage est aussi dur que la pierre ; la partie malade n'est point seulement contenue, le membre tout entier est condamné à une immobilisation complète, et de cette façon-là seulement on s'oppose aux plus légers mouvements des tendons de la gaîne synoviale incisée.

Les bandes silicatées peuvent être remplacées par des attelles en fil de fer qui, en maintenant le membre, permettent d'exercer sur celui-ci une compression graduelle.

Mise à l'abri de l'air par le coton, la plaie est ainsi soustraite aux conditions fâcheuses que crée un milieu hospitalier.

Le premier appareil reste habituellement en place jusqu'à la cicatrisation complète. Pourquoi l'enlèverait-on plus tôt ? Le malade n'éprouve pas de douleurs ; son pouls, la température surtout n'indiquent aucune complication.

Si, à l'ablation du premier bandage, la plaie n'est pas cicatrisée, on doit en appliquer immédiatement un autre, qui, suivant l'état de la plaie, restera un temps variable.

Sous l'occlusion inamovible, M. Ollier n'a jamais vu survenir de complications ; les choses se passent aussi simplement que pour une plaie cutanée. La réunion par première intention est la règle. Dès les premiers jours qui suivent l'opération, le malade peut se lever, se promener, en ayant soin de soutenir son bandage avec une écharpe.

En fait de douleurs, il n'en éprouve pas, et le premier malade dont nous publions l'observation nous assurait encore, il y a quelques jours, qu'après l'opération il n'avait jamais ressenti la moindre douleur. Depuis plusieurs années, M. Ollier fait de l'occlusion inamovible après l'incision ou l'extirpation des kystes tendineux. Il se servait, il y a quelques années, d'amidon pour solidifier le bandage ; il donne aujourd'hui la préférence au silicate, qui est d'un emploi plus facile ; parfois il emploie seulement de longues attelles en fil de fer.

Parmi les malades opérés par M. Ollier de kystes tendineux du poignet et de la main, deux se sont présentés dernièrement à notre observation et nous ont permis de constater le résultat définitif de l'incision et de l'excision.

Obs. I. *Kyste tendineux avec corps flottants* (grains de courge) *de la face palmaire du poignet et de la main, ayant pour siége la gaîne des tendons fléchisseurs; incision du kyste; réunion par première intention sous l'occlusion inamovible; guérison définitive constatée dix-huit mois après.* — Michel Mazurier, âgé de vingt-six ans, exerçant la profession de maçon, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, le 7 mai 1872 (service de M. Ollier).

Ce malade est porteur d'une double lésion. Du côté de la hanche droite, on trouve une arthrite chronique avec usure de la tête fémorale, flexion et adduction du membre et commencement d'ankylose dans cette position; sur la face palmaire du poignet et de la main se voit une tumeur qui fera l'objet de cette observation.

Le début de la tumeur, au dire du malade, remonte à treize ans. A la suite d'une chute sur la main, le choc ayant porté en grande partie sur le pouce, il se développa, vingt-quatre heures environ après l'accident, une petite tumeur dure, douloureuse à la pression, située un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne. Trois ans après l'accident, la tuméfaction s'étendait jusqu'au pli cutané de l'éminence thénar; à cette époque elle commença à diminuer, tandis qu'à la partie inférieure de l'avant-bras, au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, apparaissait une autre tumeur du même genre. Cette deuxième parut s'accroître aux dépens de la première, qui gagnait de proche en proche la partie inférieure de l'avant-bras, si bien qu'au bout de six mois il ne restait plus de traces du gonflement qui occupait primitivement la face palmaire du pouce.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, on constate, à la partie inférieure de l'avant-bras, une tumeur siégeant surtout sur le bord cubital; dans la paume de la main, à la place d'une excavation, il existe un soulèvement produit par une nouvelle tumeur, présentant les caractères de celle de l'avant-bras; ces deux tumeurs peuvent se vider l'une dans l'autre. La tuméfaction de l'avant-bras remonte, en haut, à 8 centimètres environ des éminences thénar et hypothénar; elle fait saillie en dedans surtout et occupe toute la face antérieure de l'avant-bras. Sa forme est ovoïde, son volume est celui d'un gros œuf.

Lorsque les doigts sont dans l'extension, la tumeur est demi-dure, manifestement fluctuante; on perçoit, par la pression, une crépitation particulière que l'on a justement comparée à celle de l'écrasement de l'amidon entre les doigts; si l'on presse un peu fort, la tumeur diminue de volume, son contenu reflue au-dessous du ligament du carpe dans la paume de la main soulevée; elle affecte alors la forme de bissac. La peau a conservé sa coloration normale.

Lorsque le malade essaye de fermer les doigts, la main appuyée sur la tumeur perçoit la même sensation de crépitation. Les mouvements de flexion sont douloureux et très-limités; malgré les ef-

forts du malade, les doigts ne sont fléchis qu'à moitié sur la paume de la main. L'extension est elle-même incomplète.

Le malade est dans l'impossibilité de se servir de son membre pour travailler; il se plaint de fourmillements dans les doigts et de douleurs s'irradiant parfois dans tout le membre.

Le 11 mai 1872, M. Ollier ouvre la tumeur avec le bistouri à la partie antérieure; une incision longitudinale est faite, sans que le malade soit anesthésié, sur le point le plus saillant du kyste, à 5 centimètres environ au-dessus de l'éminence hypothénar; elle comprend la peau et la paroi kystique dans toute son épaisseur, elle mesure 22 millimètres d'étendue.

Il s'écoule par la plaie un liquide visqueux, filant, en même temps qu'une grande quantité de petits corps d'aspect mat, gris-blanchâtre, tout à fait comparables par leur forme et leur aspect à des grains de melon; il y en avait 80 grammes environ. On facilite leur issue en pressant fortement et alternativement sur la paume de la main et sur l'avant-bras, à sa partie inférieure.

La poche une fois vidée, M. Ollier réunit les bords de la plaie par deux points de suture métallique. Il recouvre la plaie d'ouate et entoure le membre de couches épaisses de coton, jusqu'au moignon de l'épaule; l'avant-bras étant fléchi sur le bras à angle droit, une coque silicatée remontant également jusqu'à l'épaule et prenant toutes les articulations sous-jacentes procure une immobilisation parfaite.

Chaque jour, et deux fois au moins dans la journée, on s'enquérait de l'état du malade; la température rectale était prise régulièrement, pendant les premiers jours, matin et soir. Aux questions qu'on lui posait, le malade répondait constamment qu'il n'éprouvait aucune souffrance dans le membre opéré; il n'eut pas un seul instant de la fièvre, la température resta ce qu'elle était auparavant.

Le 29, on enleva l'appareil inamovible, dix-huit jours après son application. La plaie était réunie; la réunion s'était faite par première intention; nulle part sur le coton on ne trouvait de pus ou de produits d'exsudation.

Dès le 3 juin, pour hâter la résorption du liquide qui avait pu se reproduire, M. Ollier nous faisait exercer une compression continue, à l'aide d'une large bande de caoutchouc, sur la partie inférieure de l'avant-bras au niveau de la tumeur, dont on reconnaissait le siége à une légère tuméfaction (en même temps frictions iodurées, douches froides locales).

Au bout de trois semaines, le malade n'éprouvait plus aucune gêne dans les mouvements, il pliait et étendait librement les doigts.

Lorsqu'il quitta l'Hôtel-Dieu, le 10 août 1872, il se servait aussi facilement d'une main que de l'autre.

Il rentrait à l'hôpital, dans le service de M. Ollier, salle Saint-Sacerdos, n° 34, le 22 novembre de la même année, pour son arthrite de la hanche dont nous avons parlé.

A la date du 16 octobre 1873, on ne constate aucune différence entre le côté opéré et le côté sain, lorsque la main est dans l'extension. Les mouvements des doigts se font aussi bien d'un côté que de l'autre, le glissement des tendons ne produit aucune crépitation.

Quand les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main, on voit se produire, au-dessus du pli du poignet, un léger gonflement, dur au toucher et qui disparaît avec l'extension des doigts. Le malade est aussi fort de la main gauche que de la main droite ; il ne reste plus de la tumeur primitive qu'une cicatrice linéaire, blanchâtre, de 20 millimètres d'étendue environ, située au-dessus du cubitus, à 5 centimètres de l'éminence hypothénar, et ne comprenant que la peau.

Obs. II. *Kyste tendineux de la face dorsale du poignet gauche développé dans la gaîne de l'extenseur du médius ; extirpation du kyste ; occlusion inamovible ; réunion de la plaie par première intention.* — M[lle] E. L***, âgée de vingt-deux ans, se présente le 22 octobre 1872 dans le cabinet de M. Ollier. Elle porte, sur la face dorsale du poignet gauche, une tumeur grosse comme une petite noix, qui occasionne parfois des douleurs dans le poignet et qui la gêne surtout pour toucher du piano.

Cette tumeur, écrasée plusieurs fois dans ces dernières années, revenait toujours ; elle était en rapport avec une gaîne tendineuse et ne paraissait pas provenir de la synoviale articulaire. La malade n'éprouvait pas de douleurs dans l'articulation, il n'existait pas de gonflement à ce niveau. M. Ollier lui proposa de pratiquer l'ablation de cette tumeur.

Le 25 octobre, il fit une incision longitudinale de manière à pouvoir facilement soulever la tumeur ; il l'énucléa, sectionna le pédicule et mit deux points de suture métallique très-fins. Le membre opéré fut immédiatement placé sous l'occlusion inamovible ; le bandage prenait la main, l'avant-bras et remontait jusqu'au-dessus du coude, de manière à empêcher tout mouvement de l'avant-bras.

Pendant l'opération, on mit à nu le tendon extenseur au fond de la plaie. Avant de pratiquer la suture, on eut soin d'enlever le liquide visqueux (contenu du kyste) qui s'était écoulé pendant son extirpation.

La malade n'éprouva aucune douleur dans le membre à partir de l'opération. Pour éviter tout accident ultérieur, on laissa le bandage en place pendant quinze jours ; lorsqu'on l'enleva, il n'existait pas de traces de suppuration, le trajet du fil métallique était sec.

M. Ollier revit la malade trois mois après ; il constata, au niveau de l'implantation de la tumeur, un petit bourrelet gros comme une lentille, nullement douloureux ; le tendon glissait facilement. La malade n'éprouvait plus ni souffrances ni gêne dans les mouvements.

Nous ne donnons ici que ces deux observations ; nous aurions pu rapporter plusieurs autres faits analogues soit pour les gaînes de la main, soit pour celles du cou-de-pied ; mais c'eût été nous exposer à des répétitions. Qu'il nous suffise de faire remarquer que, sous l'occlusion inamovible, les plaies synoviales se sont cicatrisées comme de simples plaies cutanées. Chez les différents malades opérés par M. Ollier de kystes tendineux et traités par l'occlusion inamovible, non-seulement il n'est survenu aucune complication, mais quinze jours, trois semaines après l'opération, la cicatrisation était faite, et toujours elle avait eu lieu par première intention.

Après l'ouverture et l'évacuation des kystes de la région palmaire, il persiste habituellement un peu de tuméfaction au niveau de la tumeur primitive, soit que les parois de la poche soient notablement épaissies, soit que le contenu se soit reproduit en partie. Le bandage enlevé, on doit pratiquer sur la tumeur des frictions ou des badigeonnages résolutifs, avec la teinture d'iode, par exemple, et pendant longtemps encore faire de la compression avec une bande simple ou, de préférence, une bande de caoutchouc. Des douches de vapeur, au début, pour déroidir les doigts, puis des douches froides locales pour consolider la guérison, sont des moyens très-utiles.

On pourrait vider ces kystes avec de larges trocarts ; mais, si les grains sont gros et nombreux, on en laisse une grande quantité dans le kyste et on ne fait qu'une opération palliative ; par une large ouverture, au contraire, on vide tous les culs-de-sac. Cette opération, ne modifiant pas les parois de la poche, peut être suivie de la reproduction d'une certaine quantité de liquide ; mais, quoiqu'il ne se développe pas de suppuration, il y a toujours un certain degré d'inflammation adhésive généralement suffisante pour empêcher la récidive. Dans les cas, du reste, où le liquide et les corps flottants se reproduiraient, l'opération est si simple qu'on ne devrait pas hésiter à y revenir, comme l'a fait M. Ollier dans un cas de ce genre.

Si l'hydropisie avait une grande tendance à se reproduire, on pourrait employer alors l'injection iodée. Pour les kystes de la face dorsale du poignet qu'on enlève, la récidive n'est pas à craindre, l'opération étant nécessairement radicale.

Chez les malades dont nous parlons et chez d'autres que M. Ollier

a opérés dans son service ou dans sa pratique privée, les mouvements se sont complétement rétablis et les opérés ont pu reprendre leur travail, malgré la persistance, dans quelques cas, d'un peu d'épaississement des parois de l'ancien kyste.

CHIMIE ET PHARMACIE

Des nouvelles méthodes de dosage de l'urée ;

Par M. le docteur E. Hardy.

L'urée est le produit final de la transformation des matières albuminoïdes introduites ou préexistantes dans l'organisme. La physiologie en fournit des preuves surabondantes ; mais, chose étrange, la démonstration chimique en a longtemps manqué.

Cependant, dès 1859, M. Béchamp (1) avait déjà reconnu que les matières albuminoïdes, sous l'influence du permanganate de potasse, se transforment en urée ; ce résultat fut contesté par Stœdeler, par Lœw et récemment encore par Tappeiner (2). Ces auteurs ont soutenu qu'il se produisait seulement dans ces circonstances de l'acide benzoïque. Depuis, M. Ritter (1) a répété, sous la direction de M. Wurtz, les expériences de M. Béchamp ; il en a constaté l'exactitude, et il est parvenu à transformer l'albumine, la fibrine et le gluten en urée.

Ainsi on a donc actuellement la démonstration directe de l'origine de l'urée, et comme presque tout l'azote disparaît sous cette forme, le dosage de ce produit ultime donne le signe précis de la nutrition ou de la désassimilation des tissus. Il y a donc un grand intérêt clinique à connaître la quantité d'urée qu'élimine chaque jour un malade.

Les méthodes proposées pour arriver à ce dosage sont nombreuses ; les plus précises constituent des procédés de laboratoire

(1) Béchamp, *Annales de chimie et de physique*, 3e série, t. LIX, p. 291, 1859, *Comptes rendus*, t. LXX, p. 866.

(2) Tappeiner, *Arbeiten aus der physiologischen Anstalt*, Leipzig, 1871.

(3) Ritter, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. LXXIII, p. 1219, 1871.

longs et délicats ; les plus utiles sont celles qui joignent suffisamment d'exactitude à une grande facilité d'exécution. Deux réactifs, par leur action propre sur l'urée, ont surtout présenté des avantages : l'hypochlorite de soude, proposé par M. Leconte ; le nitrate mercureux, ou réactif de Millon, par Millon lui-même. Le *modus faciendi* de ces savants, quoique simple, n'a pas répondu aux exigences de la clinique, en ce qu'il exige l'emploi de la chaleur et un temps assez prolongé.

Depuis, la méthode de Millon a été rendue très-exacte par M. Marc Boymond. Son appareil a déjà été décrit dans ce journal (t. LXXXIV, p. 450, 1873) ; mais, par sa construction même et la nécessité de chauffer, il n'a pu entrer dans l'usage usuel.

M. Bouchard a rendu ce procédé pratique, et, grâce à un nouveau mode opératoire, il emploie à froid le réactif de Millon avec un succès inespéré.

On verse dans un tube gradué, fermé par un bout et tenu verticalement, 4 ou 5 centimètres cubes de la solution de Millon ; on ajoute une longue colonne de chloroforme s'élevant à 6 ou 8 centimètres de l'extrémité ouverte du tube. Le chloroforme ne se mêle pas au réactif de Millon, et en vertu de son poids spécifique moindre, il forme au-dessus une couche nette. On fait tomber sur le chloroforme 2 centimètres cubes d'urine, puis on achève de remplir le tube avec de l'eau. L'urine et l'eau, plus légères encore que le chloroforme, restent au-dessus sans s'y mêler. Le chloroforme sert donc de diaphragme pour empêcher le réactif de Millon et l'urine de se mélanger tout d'abord. On ferme ensuite, avec le doigt recouvert d'un doigtier de caoutchouc, l'extrémité ouverte du tube, et on agite de manière à mettre en contact l'urine et le réactif de Millon. Une réaction très-vive se manifeste, le chloroforme tombe à la partie inférieure du tube et s'échappe en partie par la pression des gaz. Lorsqu'il ne se dégage plus de bulles gazeuses, on plonge l'extrémité ouverte du tube dans une éprouvette pleine d'eau, on agite pour remplacer par de l'eau le liquide contenu dans le tube.

Le gaz est un mélange d'azote et d'acide carbonique, ce dernier en partie déjà dissous ; pour achever de l'absorber, on introduit, par l'extrémité ouverte du tube, un fragment de potasse, on ferme le tube avec un bouchon et on agite. Quand tout l'acide carbonique est éliminé, c'est-à-dire quand le volume du gaz reste con-

stant, on enlève le bouchon, on agite le tube pour remplacer la solution de potasse par de l'eau pure, et on lit le volume de l'azote avec les précautions ordinaires.

Dans le but d'éviter les calculs et de ne demander qu'une simple lecture, M. Bouchard gradue le tube de telle manière que pour chaque volume de gaz trouvé on a immédiatement la quantité correspondante d'urée. Il suppose que l'urine ne contient pas plus de 40 grammes d'urée, et il opère toujours sur 2 centimètres cubes d'urine, afin d'agir au maximum sur 80 milligrammes d'urée. Comme 1 milligramme d'urée dégage 0,3727 d'azote, les 80 milligrammes dégagent 29^{cc},8 d'azote. On mesure donc sur le tube un espace de 29^{cc},8, ou pour, éviter les corrections, en supposant la température moyenne de 17 degrés, 31^{cc},5. On marque 40 à ce point. On divise en 40 parties égales et on subdivise chaque division en cinquièmes. Il en résulte qu'en employant 2 centimètres cubes d'urine, si le gaz arrive au point marqué 40, on peut affirmer que l'urine contient 40 grammes d'urée par litre; si le volume du gaz s'arrête à 16,4 il y a de même 16^{g},8 par litre.

Ce procédé est très-exact et à peu près exempt de causes d'erreur. Le bioxyde d'azote est complétement absorbé par le chloroforme. Les substances azotées qui accompagnent généralement l'urée, créatine, créatinine, acide hippurique, etc., ne se décomposent pas sous l'influence du réactif de Millon; seul, l'acide urique dégage un peu d'azote; mais, en supposant même un maximum de 2 grammes d'acide urique par litre d'urine, l'erreur est si minime qu'elle est à peine appréciable à la lecture et ne trouble pas notablement les résultats.

(La fin au prochain numéro.)

Lotion pour prévenir les engelures.

Nous empruntons la formule suivante à M. le docteur Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker :

Iodhydrate d'ammoniaque.	15 grammes.
Eau distillée de roses	150 —
Eau de Cologne.	15 —

S'en frotter les mains chaque soir, et laisser sécher. La facile

décomposition de l'iodhydrate d'ammoniaque à l'air donne de l'iode libre, qui est en partie absorbé ; l'autre partie agit comme irritant, pour activer la circulation dans les parties humectées.

On peut ajouter 20 centigrammes d'iodoforme.

(*Annuaire pharmaceutique*, 1873.)

Mélange abortif contre les pustules varioliques.

Aux divers agents préconisés jusqu'ici pour faire avorter les pustules de la face dans la variole, M. le docteur Revillod préfère le mélange suivant :

Savon.	10 parties.
Glycérine	4 —
Triturez et ajoutez :	
Onguent napolitain	20 parties.

Ce mélange, d'après l'auteur, ne coule pas, n'empêche pas le gonflement, et produit le résultat désiré, pourvu qu'il soit appliqué dès le début ou tout au moins avant la transformation des papules en vésicules. (*Gaz. méd. de Paris.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Observation d'éclampsie guérie par les émissions sanguines et le chloral.

Mme Massé, vingt-deux ans et demi, tempérament nerveux sanguin, réglée à seize ans, voit presque toutes les trois semaines, n'a jamais eu de chlorose ; jamais de maladie ; mariée à Mouy depuis huit mois et demi ; grossesse de huit mois, primipare.

Le 18 octobre 1873, depuis plusieurs jours douleur pongitive au-dessus du frontal, dans l'espace de 4 centimètres, très-violente, ne permettant aucun sommeil ; embarras gastrique.

Tartre stibié donnant lieu à des vomissements bilieux très-abondants.

Le 19, visite au matin, même état, visage et surface du corps couverts d'une éruption ayant de l'analogie avec l'urticaire ; pas de fièvre, température normale, langue nette.

Mouche de Milan morphinée sur le cuir chevelu rasé préalablement, dépassant l'étendue du siége de la douleur.

Une goutte d'heure en heure de la solution suivante dans chaque oreille, et éloigner lorsque l'amélioration se manifestera :

Eau distillée.	5g,00
Sulfate neutre d'atropine.	0 ,03

La journée se passe avec plus de calme, mais vers cinq heures du soir la dame Massé tombe subitement, elle se débat, elle écume et des mouvements convulsifs agitent tout le corps. J'arrive au moment où elle reprenait connaissance sans avoir conscience de ce qui s'était passé.

Sinapismes sur les cuisses et sur les mollets, potion antispasmodique. Je soupçonnais une attaque d'éclampsie, mais les renseignements fort incohérents qui m'étaient donnés ne suffisaient pas. J'avertis cependant la famille qu'un accouchement avant terme aurait probablement lieu et que de nouveaux accès se reproduiraient. En effet, à huit heures, un second accès extrêmement violent se manifesta et dura vingt minutes. La malade ronflait avec bruit quand je revins, les perceptions étaient nulles, elle avait mâché sa langue ; pas de fièvre, température ordinaire, aucun symptôme d'accouchement prochain. Il n'y avait plus de doute à avoir sur la maladie.

Douze sangsues derrière les apophyses mastoïdes, affusions froides sur la tête ; on se contente de compresses d'eau fraîche.

Le sang coule abondamment, la connaissance revient, un sommeil profond succède à cet état.

Le 20 octobre, à deux heures du matin, accouchement, sans souffrance, d'un enfant mâle petit, mais bien conformé.

A peine la délivrance est-elle terminée, qu'a lieu un nouvel accès plus terrible que les précédents, puis un autre plus violent encore. Je trouve cette femme en proie à un état convulsif des plus intenses ; la face est gonflée, injectée ; les yeux roulent sans relâche dans les orbites ; la bouche exécute des contorsions ; la langue, mordue malgré les précautions pour la faire rentrer, est énormément tuméfiée et sanglante ; pouls plein battant avec force. Je fais maintenir les membres et je pratique une saignée d'au moins trois palettes. Après une demi-heure de crise, le ronflement reparaît, la connaissance ne revient pas.

Je fais avaler avec peine (la déglutition se faisant mal) six grammes d'hydrate de chloral dans de l'eau fraîche.

Sommeil profond pendant trois heures, nouvel accès qui a seulement deux minutes de durée, réveil sans souvenir aucun des scènes précédentes ; j'entretiens le sommeil en donnant d'heure en heure une cuillerée à soupe de cette potion :

Eau distillée.	100	grammes.
Chloral	4	—
Sirop simple.	20	—

Le 21, la malade est bien, bouillon, eau rougie ; lochies normales.

Le 22, état excellent, potages.

Le 23, continuation du retour à la santé.

Le 24, allaitement de l'enfant, alimentation substantielle; je cesse mes visites.

Réflexions. — Je crois que les émissions sanguines ont agi puissamment dans ce cas; mais le chloral a contribué en grande partie à la résolution rapide, définitive de la maladie.

J'aurais voulu que l'on pratiquât les affusions d'eau froide projetée de haut sur la tête. Je pense, sans avoir eu l'occasion de l'expérimenter, que cet agent doit être puissant dans l'éclampsie.

Dr Baudon.

Mouy (Oise), 25 octobre 1873.

Hémicranie; inefficacité des injections sous-cutanées morphinées, du sulfate et du valérianate de quinine, etc.; excellents effets de la saignée malaire, effectuée à l'aide de la ventouse mécanique.

Naturam morborum ostendunt curationes.

Le sieur J***, âgé de trente-cinq ans, doué d'une bonne constitution et d'une belle carnation, fut atteint, au mois de mars dernier, d'une violente attaque d'hémicranie gauche, que je combattis à l'aide des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. J'en effectuai dix dans un laps de temps de neuf jours. Plusieurs fois, l'intensité de ces douleurs m'engagea à répéter cette petite opération matin et soir. Nul autre agent thérapeutique ne peut réclamer une part effective dans l'heureuse solution de cette douloureuse affection.

Le 15 octobre dernier, le sieur J*** me fit demander de nouveau pour apaiser les cruelles douleurs névralgiques auxquelles il se trouvait encore une fois en proie. Connaissant par expérience les excellents effets des injections morphinées, je m'empressai d'injecter au point d'élection, à la région du coude, une solution contenant 1 centigramme de sel de morphine; soulagement presque immédiat, mais non persistant.

Le 16, le 17 et le 18, trois nouvelles injections, toujours efficaces, mais non au delà de huit à dix heures. Pour prévenir le retour de la douleur, je prescrivis concurremment le valérianate de quinine, à la dose de 0g,60; puis le sulfate de quinine, qu'un jour j'ai porté à la dose de 1 gramme. Ces médicaments n'ont eu d'autre effet que de déterminer un embarras gastrique que j'ai dû combattre par

l'administration d'un éméto-cathartique. Après six jours de ce traitement, la situation du malade n'était en rien améliorée. Les souffrances névralgiques n'avaient pu recevoir aucune atténuation durable, nonobstant l'emploi d'un liniment au chloroforme, puis d'un vésicatoire volant à la région temporale.

Il était temps, enfin, de changer complétement de batteries. N'avais-je pas affaire à une névralgie de nature congestive, à une névrite? En conséquence, je proposai au malade de lui pratiquer une saignée locale capillaire, au moyen de la ventouse mécanique.

J'ai eu, nombre de fois (1), l'occasion d'insister sur l'extrême puissance de cet appareil à la fois hémospasique et révulseur. Je ne reviendrai pas sur la description non plus que sur la manœuvre de cet instrument. Qu'il me suffise de dire que, grâce à mon intelligent fabricant (Guéride, 24, rue de l'Ancienne-Comédie), je suis parvenu à simplifier encore la ventouse mécanique, à augmenter sa puissance tout en diminuant le poids et le volume, à faciliter enfin sa manœuvre de telle sorte, qu'elle peut être effectuée sans fatigue par un enfant de dix ans.

Le patient, qui avait eu connaissance de quelques applications heureuses de cet instrument, se rendit d'autant plus volontiers à mon conseil, qu'il avait pu se convaincre que les traces du scarificateur, à la région malaire, ne persistent pas au delà d'une quinzaine de jours, surtout chez les sujets doués d'une bonne carnation.

Le 20 octobre, je procédai donc à cette petite opération. Je donnai un seul coup du scarificateur à seize lames sur la joue gauche, rasée au préalable, et pratiquai, en trois ou quatre minutes, l'extraction de 160 grammes d'un sang vermeil et riche en cruor.

Le soulagement fut immédiat. A partir de ce moment, la névralgie fut jugulée sans retour. J'ai eu, plusieurs fois, l'occasion de revoir le sieur J***; il n'a plus accusé la moindre souffrance du côté de la tête; seulement il a ressenti, pendant une huitaine de jours, une grande faiblesse, que je ne saurais rapporter qu'aux vives souffrances qu'il a endurées et à la diète forcée qu'il a dû subir durant le cours de sa courte, mais cruelle maladie.

Ce fait, contrairement à l'opinion du respectable Valleix, prouve que les émissions sanguines locales peuvent être utiles dans certaines névralgies dont la nature, essentielle ou congestive, d'ailleurs, est assez difficile à spécifier à l'avance.

Il est inutile d'insister ici sur les grands avantages par lesquels, dans les cas analogues, se recommande le moyen que je préconise.

(1) Voir notamment le numéro du 30 mars 1868 du *Bulletin de Thérapeutique* (avec figures), t. LXXIV.

Sans parler des effets immédiats, qui lui sont exclusivement propres, la ventouse mécanique n'agit pas seulement en tant qu'agent hémospasique; il faut encore grandement tenir compte de sa puissante action révulsive. C'est à ce double mode qu'il convient d'attribuer le succès que je viens d'enregistrer, succès dans lequel, témoignant de la justesse de ce vieil aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes*, le mode thérapeutique a décélé la véritable cause du mal, tenant, à n'en pas douter, à une cause pléthorique ou congestive.

Certes, c'est une fiche de consolation pour le praticien de poser, ne fût-ce qu'à *posteriori*, un diagnostic exact. Mais combien ne serait pas plus légitime sa satisfaction, s'il lui était donné d'arriver droit au but, au travers d'une voie dans laquelle nos maîtres eux-mêmes ne sauraient se vanter de marcher toujours d'un pas ferme et assuré! Aussi ne nous est-il que trop donné à tous, petits et grands, de méditer chaque jour sur la justesse de cet aphorisme si connu du divin vieillard : *Vita brevis*, *ars longa*, *occasio præceps*, *experientia fallax, judicium difficile*.....

Dr L. Hamon.

La Rochelle, 27 octobre 1873.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur la syphilis, étudiée particulièrement chez les femmes, par M. le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux. Adr. Delahaye, 1873.

M. A. Fournier vient de réunir, sous ce titre, les cliniques qui, depuis plusieurs années, attirent de nombreux auditeurs à l'hôpital de Lourcine. Nous ne saurions trop féliciter notre savant collègue de cette décision, car il vient de rendre un véritable service, non-seulement aux élèves, mais encore à tous les médecins.

Il serait en effet difficile de trouver un livre indiquant, avec une plus grande précision, toutes les difficultés auxquelles se heurte le médecin, en présence de la syphilis, et les moyens qu'il doit employer pour les éviter.

Cet ouvrage ne contient que « la syphilis primitive, expression initiale de l'action du virus sur l'économie, et la syphilis secondaire,

ensemble des accidents qui suivent à courte échéance les premiers symptômes de l'infection »; la syphilis tertiaire sera l'objet d'une autre publication.

Laissant de côté toute question historique, M. Fournier entre d'emblée dans son sujet, en exposant rapidement les lois qui régissent l'ensemble de la syphilis : la syphilis résulte toujours d'une contagion ; il y a toujours incubation ; le premier phénomène se manifeste toujours au lieu même où a pénétré la matière virulente ; l'explosion des accidents disséminés sur tous les points de l'économie ne se manifeste qu'au delà d'un certain temps. Après avoir montré, par une étude approfondie, que ces lois sont aussi vraies pour la femme que pour l'homme, M. Fournier signale deux exceptions : 1° la syphilis transmise héréditairement ; 2° la syphilis transmise à la mère, comme le soutiennent certains auteurs, par un enfant syphilitique qu'elle porte dans son sein.

Ces questions forment le sujet de la première leçon, qui donne une idée exacte de ce que sera tout le livre : style clair, précis; pas de discussions théoriques inutiles, dans lesquelles les personnalités sont en jeu. On voit, dès cette première leçon, l'idée qui dominera tout l'ouvrage: prouver que la syphilis est une maladie générale que l'on ne diagnostique pas par un seul symptôme, que l'on ne guérit pas en faisant disparaître une manifestation, et que c'est bien un *branle-bas* général de l'économie, ainsi que l'appelait le maître à tous, M. Ricord, dont M. Fournier s'est plu à rappeler un grand nombre d'expressions, si nettement marquées au sceau de l'observation, que l'on pourrait presque les nommer les aphorismes de la syphilis.

Sept leçons sont consacrées à l'histoire du chancre syphilitique ; après avoir insisté sur son aspect insignifiant et, par cela même, si insidieux, M. Fournier s'étend longuement sur la manière de reconnaître l'induration, qui est loin de se présenter comme peuvent le croire les débutants ; aussi ne saurait-on trop recommander les indications données par l'auteur pour la découvrir.

Dans une leçon très-intéressante, M. Fournier montre combien est erronée cette opinion, venue on ne sait d'où, que chez la femme le chancre est beaucoup plus rarement induré que chez l'homme ; l'entonnoir vulvo-vaginal est le seul point où le chancre syphilitique ne s'indure pas, dans toutes les autres régions ce caractère existe. Mais il faut bien savoir que ce n'est pas l'indura-

tion qui doit faire porter le diagnostic de chancre syphilitique, car elle peut manquer ; aussi, quelques pages plus loin, en étudiant le diagnostic général du chancre, M. Fournier insiste-t-il sur la nécessité absolue, pour porter un diagnostic, de faire entrer en ligne de compte, non-seulement le nombre des lésions, la forme, la consistance de l'ulcération, l'état des ganglions, mais encore la marche ultérieure des accidents ; en un mot, il montre combien il est souvent nécessaire de savoir attendre. Un fait intéressant médicolégal prouve combien ces conseils sont sages.

Dans le chapitre du traitement du chancre, nous trouvons une opinion que nous voudrions voir plus répandue, c'est que la cautérisation du chancre syphilitique ne détruit pas la vérole. Lorsque le chancre apparaît, l'économie est déjà empoisonnée et la destruction de l'ulcération primitive ne met pas le malade à l'abri des accidents consécutifs.

Avant d'entreprendre l'histoire des accidents secondaires, M. Fournier a consacré à *l'état général dans la période secondaire* une leçon qui met bien en relief deux points importants : 1° c'est que chez la femme la syphilis se présente avec l'aspect de la chloroanémie et de l'asthénie ; 2° c'est que la vérole n'est pas seulement grave comme maladie, mais bien comme cause morbifique, et qu'elle a une grande influence sur la marche des autres diathèses, scrofule, tuberculose, névrose et dartres.

Dans un article de cette nature, je ne puis pas m'arrêter sur tous les points importants de cet ouvrage; aussi ne ferai-je que citer la classification restreinte, mais bien suffisante, des syphilides cutanées ; la leçon sur les syphilides muqueuses, classées en quatre groupes bien distincts, au point de vue clinique.

Comme je le disais plus haut, M. Fournier a écarté les discussions théoriques inutiles ; mais, lorsqu'il faut les aborder, il le fait avec énergie, et la dix-septième leçon nous en donne une preuve. Il y traite des indurations secondaires et des transformations du chancre, deux questions qui, si elles avaient été mieux étudiées, eussent évité de nombreuses discussions. Après avoir passé en revue les accidents qui peuvent atteindre les yeux, les os, les tendons, etc., M. Fournier aborde les accidents du système nerveux.

Sauf l'histoire de quelques paralysies, les troubles qui peuvent survenir du côté du système nerveux avaient été à peine ébauchés; aussi peut-on considérer comme toute nouvelle cette portion de

l'ouvrage ; mais peut-on l'accepter entièrement et ne faut-il pas résister à l'éloquente description de M. Fournier ? Notre savant collègue est persuadé que pour la femme la vérole est *un branle-bas dans le système nerveux* et qu'elle crée une sorte de diathèse nerveuse. Connaissant l'état d'anémie dans lequel la syphilis plonge la femme, il est impossible de ne pas se demander si ce n'est pas à l'anémie qu'il faille attribuer les douleurs névralgiformes, l'analgésie et l'anesthésie, les troubles des sens, de caloricité, etc., que l'on observe sur les femmes syphilitiques. M. Fournier a bien prévu que cette objection viendrait vite à l'esprit ; aussi a-t-il accumulé avec soin toutes les pièces à l'appui de son opinion. Aujourd'hui que le chemin est tracé, de nouveaux observateurs viendront contrôler et, je n'en doute pas, confirmer tout ce nouveau chapitre de la syphilis chez la femme.

En sera-t-il de même pour la fièvre syphilitique ? De tout temps on a regardé la syphilis comme une maladie apyrétique et on n'a admis les accidents fébriles qui surviennent chez les syphilitiques que comme symptomatiques d'autres manifestations. M. Fournier s'élève hautement contre ces opinions, qu'il considère comme des erreurs, et s'efforce d'établir que la syphilis est l'occasion fréquente d'accidents fébriles qui, loin d'être symptomatiques de troubles fonctionnels ou de lésions qui les provoquent, ont au contraire une existence propre, et qui constituent une sorte de fièvre essentielle spécifique.

Je me hâte de dire que M. Fournier ne se place qu'au point de vue de la femme, car il a grand soin, dès le début de son chapitre, de dire que les hommes sont peu sujets à la fièvre syphilitique. Je crois en effet qu'il est impossible de parler de fièvre essentielle chez l'homme, mais on rencontre assez souvent la fièvre symptomatique de certaines lésions, principalement des angines, ainsi que j'ai pu le vérifier à l'hôpital du Midi.

Pour la fièvre essentielle, le savant médecin de Lourcine lui considère trois types : type intermittent, type continu et type irrégulier.

Le type intermittent serait le plus fréquent ; mais comme il est loin de ressembler à l'accès de fièvre intermittent ! Non-seulement la période de froid manque souvent, mais encore l'accès pourra commencer par la chaleur, puis il sera entrecoupé par des frissons intermittents. Sa durée n'a rien de fixe, et il apparaît principalement la nuit.

Le type continu ressemble beaucoup à une synoque et peut se prolonger depuis deux ou trois jours jusqu'à deux septénaires.

Le type irrégulier comprend les formes déréglées de la fièvre syphilitique; ainsi ce sont des accès intermittents qui se terminent par une forme continue, ou inversement, ou bien ce sont des poussées fébriles se manifestant pendant plusieurs jours, puis se suspendant pour se renouveler à intervalles très-variés.

En lisant cette leçon, il est difficile de ne pas se laisser impressionner par ce remarquable plaidoyer; mais je regrette de ne pas avoir trouvé assez de renseignements sur l'état général des malades. Il eût été nécessaire de montrer que la fièvre syphilitique frappait indistinctement les femmes d'une bonne constitution et les femmes d'un tempérament lymphatique, ou que la fièvre syphilitique frappait des femmes au début d'une syphilis peut-être grave, mais n'ayant pas encore altéré la constitution, et des femmes parvenues à ce degré d'anémie décrit avec tant de soins par M. Fournier. Il est probable que notre collègue a des faits capables de lever ces légères objections; mais, lorsqu'on réfléchit combien les accidents fébriles sont fréquents chez les individus épuisés, il est utile de prouver que l'on est en dehors de ces conditions.

Trois chapitres importants sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la syphilis terminent ce bel ouvrage. Je ne puis que les indiquer, car je suis forcé d'arrêter cet article déjà long; mais les médecins feront bien de les méditer, car ils y trouveront des règles précieuses pour l'interrogatoire des malades et sur l'importance que l'on doit attacher à telle ou telle réponse. Au sujet du pronostic, M. Fournier a bien étudié l'influence de la syphilis sur le produit de la conception; mais je regrette que M. Fournier ne nous ait pas dit pendant combien d'années une femme ayant eu la syphilis pouvait donner le jour à des enfants syphilitiques. Je m'explique: une jeune femme prend la vérole de son mari, à vingt ans; des accidents secondaires apparaissent, elle suit un bon traitement méthodique pendant plusieurs années, les accidents disparaissent et n'ont pas réapparu dix ans après; cette femme, devenue veuve, peut-elle se remarier et aura-t-elle la crainte de mettre au monde des enfants contaminés? Ce fait se présente quelquefois dans les classes élevées et le médecin est souvent embarrassé pour répondre. La dernière leçon: *Du traitement de la syphilis*, est écrite en clinicien consommé, et si les idées qui y sont soute-

nues pouvaient être bien répandues, nous verrions moins de ces horribles syphilis. M. Fournier a montré combien la doctrine de la guérison spontanée de la syphilis était dangereuse, et combien les adversaires du mercure avaient systématiquement détourné les yeux de la réalité.

Je quitte à regret l'analyse de cette remarquable clinique, que l'on voudrait suivre page par page ; mais j'espère que le peu que j'en ai dit engagera nos confrères à la lire et je puis leur donner l'assurance qu'ils n'auront pas perdu leur temps.

Dr Horteloup,
Chirurgien de l'hôpital du Midi.

Eléments de chirurgie clinique, par M. Félix Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire général de la Société de chirurgie. J.-B. Baillière et fils.

Le titre de *Chirurgie clinique* que M. F. Guyon a donné à son livre prouve nettement le but qu'il s'est proposé : fournir aux élèves toutes les notions nécessaires pour bien examiner les malades ; mettre sous leurs yeux les moyens de traitement, les diverses opérations chirurgicales dont ils seront témoins à l'hôpital. Le livre de M. Guyon est un véritable guide de l'étudiant en chirurgie ; nous ajouterons que c'est un guide fidèle, que l'on peut suivre avec la certitude de ne jamais s'égarer.

L'étude de la chirurgie comprend deux parties : la partie théorique et la partie clinique. L'auteur semble avoir eu l'intention d'entreprendre un traité complet sur la matière et il s'est demandé par où il devait commencer.

Est-il préférable de décrire d'abord théoriquement les maladies et d'indiquer ensuite les moyens généraux de diagnostic et de traitement ? Cet ordre paraîtrait plus logique *à priori*, et cependant nous sommes tout à fait de l'avis de M. Guyon : c'est par la clinique qu'il faut commencer; l'étudiant doit aller à l'hôpital avant d'avoir ouvert un livre de pathologie ; il doit voir la maladie avant d'en lire la description, de même qu'il ne doit lire l'anatomie que le scalpel à la main. Ce sont donc les éléments de chirurgie clinique qu'il lui faudra d'abord apprendre, et c'est une tâche difficile que M. Guyon a voulu lui faciliter par la publication de son livre, qui

sert en quelque sorte de préface à un traité complet de pathologie externe. Nous félicitons M. Guyon et du but qu'il s'est proposé et de la manière distinguée dont il l'a atteint, car il n'est pas un étudiant, pas un praticien auquel la lecture de cet ouvrage ne soit extrêmement profitable.

L'ouvrage est divisé en trois parties ou chapitres :

Le premier chapitre contient le diagnostic chirurgical, les méthodes à suivre pour l'examen du malade, les moyens d'exploration.

Nous considérons ce chapitre comme le plus important de l'ouvrage ; il répond exactement au titre, c'est bien de la clinique. On y trouve la manière de procéder à l'interrogatoire du malade, le mode d'examen des signes physiques et physiologiques. Les procédés d'exploration si variés dont nous nous servons chaque jour y sont exposés longuement, méthodiquement, avec une grande précision : ainsi l'exploration de l'urèthre, de l'œsophage, des voies lacrymales, etc.; la thermométrie, l'analyse des urines, etc.

Le deuxième chapitre traite de l'anesthésie chirurgicale, des règles et principes généraux des opérations, des opérations usuelles et de la petite chirurgie.

Le troisième chapitre contient les paragraphes suivants : traitement des blessés et des opérés, tendances actuelles de la chirurgie, traitement général, hygiène, régime, médication, traitement local, pansements, appareils.

Cette simple énumération prouve combien le livre de M. Guyon contient de détails importants ; peut-être même l'auteur y a-t-il accumulé trop de choses ; mais il a voulu condenser dans les *Eléments de chirurgie clinique* ce qui était éparpillé dans plusieurs ouvrages, et ce n'est certes pas le lecteur qui devra s'en plaindre.

D[r] Tillaux,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Nouveau Dictionnaire de thérapeutique, comprenant l'exposé des diverses méthodes de traitement employées par les plus célèbres praticiens pour chaque maladie, par M. J.-C. Gloner. J.-B. Baillière et fils, 1874.

On ne peut, en réalité, analyser par le menu une œuvre de ce genre. Il nous suffira, pensons-nous, pour édifier nos lecteurs,

d'indiquer le but que s'est proposé l'auteur et la méthode qu'il a suivie.

« Une maladie étant donnée, » dit l'auteur dans son avant-propos, « quels sont les moyens curatifs qu'il convient de lui opposer? Sous quelles formes et à quelles doses faut-il administrer les agents thérapeutiques dont on a fait choix? Voilà les deux questions que se posent tous les médecins praticiens au lit du malade, et auxquelles ils ont besoin de trouver une réponse immédiate. »

Partant de là, le docteur J. Gloner groupe toutes les maladies dans l'ordre alphabétique, définit chacune d'elles, en donne sommairement les symptômes et le diagnostic, puis fait suivre cette sorte de *memento* rapide, d'un inventaire de toutes les médications prônées par tel ou tel auteur, rejetées par tel ou tel autre, tout cela sans aucune critique : l'auteur veut rester neutre. Il complète cet inventaire par une énumération compendieuse de formules vieilles et jeunes, empiriques et rationnelles, où la tradition, la superstition et la science trouvent à la fois satisfaction; on croirait lire la paraphrase du mémorial de thérapeutique qui se trouve à la fin de nos vieux formulaires ou de nos pharmacopées galéniques.

On est stupéfait de trouver dans un ouvrage moderne des articles assez longs, ma foi, où l'on recommande la chandelle fondue dans une chope de bière chaude contre l'aphonie nerveuse (p. 56), ou l'emploi d'un coccyx de pigeon vivant appliqué sur l'anus d'un enfant atteint de convulsions (p. 219, 220) ; le pigeon meurt des convulsions et l'enfant guérit!

L'auteur, il est vrai, ne se porte pas garant de ces médications fantastiques, mais n'est-ce pas déjà trop que de leur accorder une place?

Reconnaissons cependant qu'à côté de ces anachronismes thérapeutiques il y a d'excellents renseignements à puiser dans cet ouvrage.

Traité pratique du rétroceps (forceps asymétrique), par M. le docteur L. Hamon, (de la Rochelle), nouvelle édition. A. Delahaye. Paris, 1875.

Tous les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* connaissent, au moins de réputation, le forceps asymétrique ou rétroceps (*retro-*

capio) et son ingénieux inventeur, M. le docteur Hamon (de la Rochelle), qui a publié dans ce journal de nombreux et remarquables articles sur l'instrument dont il a doté l'obstétricie.

Aujourd'hui c'est un traité dogmatique complet sur le rétroceps que publie l'habile accoucheur de la Rochelle.

Cet ouvrage, remarquable à plus d'un titre, est écrit avec une verve, une conviction qui rachètent et au delà certaines imperfections dans la forme sur lesquelles l'auteur s'excuse dans sa préface.

Ce traité, où fourmillent les aperçus théoriques les plus ingénieux et les faits pratiques les plus frappants, sera lu avec intérêt et avec fruit par tous ceux qui ne se renferment pas de parti pris dans les errements de l'école.

Il est divisé en trois parties : la première traite des notions didactiques et comprend, outre le procès en règle du vieux forceps, l'apologie du nouvel instrument, sa description, sa manœuvre, ses indications, le mécanisme de son action.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des différents cas de dystocie qui peuvent nécessiter l'emploi du rétroceps. L'auteur fait ici appel à la pratique de tous ceux de nos confrères qui ont adopté son instrument à la presque exclusion du vieux forceps, et en y joignant les faits qui lui sont personnels, il démontre la supériorité du forceps asymétrique.

La troisième partie, sous le titre de : *Données complémentaires*, renferme une étude sur l'emploi du rétroceps pour ce qui a trait à la mère, à l'enfant, à l'accoucheur, plus une série de documents touchant l'accueil fait au nouvel instrument par différentes sommités médicales.

Une telle œuvre mériterait une longue et minutieuse analyse ; nous regrettons que le peu de place qui nous est réservé dans les colonnes du *Bulletin* ne nous permette pas d'en donner mieux qu'un aperçu aussi succinct.

***Traité élémentaire d'hygiène privée et publique*, par M. A. Becquerel, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 5e édit., avec additions et bibliographies, par M. le docteur E. Beaugrand, sous-bibliothécaire à la Faculté, etc. P. Asselin. Paris, 1873.**

Nous n'avons pas à faire ici l'éloge d'un livre avantageusement connu depuis longtemps de tous les étudiants qui préparent leur

quatrième examen et de tous les médecins. Cinq éditions successives en ont, d'ailleurs, affirmé clairement l'utilité et les mérites.

L'ouvrage de M. Becquerel est aujourd'hui, grâce au concours habile de M. le docteur Beaugrand, au courant de tous les progrès réalisés depuis dix ans ; certaines questions, imparfaitement traitées par l'auteur ou laissées intentionnellement de côté par lui, ont été reprises ou traitées par le savant sous-bibliothécaire de la Faculté ; citons, entre autres, les paragraphes relatifs aux saisons, à l'ozone, aux aliments nuisibles, aux ustensiles, à la situation de la population en France, à la mortalité des enfants placés en nourrice, etc.

D'autres additions moins importantes ont été faites sur différents points ; toutes se reconnaissent facilement à ce qu'elles ont été placées par l'annotateur entre deux crochets.

M. le docteur Beaugrand, suivant en cela la tradition allemande, a cru bon d'ajouter à chaque chapitre un long index bibliographique. A notre humble avis, M. Beaugrand a donné à ces index une étendue que ne comporte pas une œuvre qui a la prétention d'être avant tout un manuel. D[r] A. Cousin.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, par une société de médecins, sous la direction de M. le docteur A. Dechambre : 1re série, t. XIV, 1re partie ; 2e série, t. VII, 2e partie ; 5e série, t. I, 1re partie. Asselin et G. Masson, éditeurs.

C'est certainement pour satisfaire au désir inexprimé, ou exprimé par les souscripteurs du *Dictionnaire encyclopédique*, de voir ce vaste répertoire scientifique s'acheminer rapidement vers son terme, que directeur, collaborateurs et éditeurs ont pris la louable résolution de diviser en séries leur importante publication, pour multiplier, dans un temps donné, le nombre des volumes qui doivent la composer. A la liste déjà si riche des collaborateurs de cette œuvre collective immense, il a fallu ajouter quelques noms que nous lisons au bas de travaux qui, par leur importance et la façon judicieuse dont ils sont traités, ne le cèdent en rien à ceux qui ont déjà enrichi le *Dictionnaire encyclopédique*.

Cette remarque faite pour obéir à un sentiment de justice et

d'équité, indiquons rapidement, car nous n'avons d'autre but aujourd'hui que de marquer où en est arrivée cette gigantesque entreprise, indiquons rapidement, disons-nous, les principaux sujets traités dans les derniers volumes de la triple série que nous rappelions tout à l'heure.

Dans le quatorzième volume de la première de ces séries, nous trouvons l'article CERVEAU, dans lequel cet organe principal de l'organisme humain est étudié successivement au point de vue anatomique, physiologique et pathologique, par MM. P. Berger, Potain, Brouardel, Ball et Krishaber, auxquels s'ajouteront peut-être encore d'autres auteurs, car cet article n'est pas terminé. Chacun de ces médecins distingués s'est montré, dans cette œuvre collective, à la hauteur de la tâche difficile qu'il a acceptée. C'est surtout à propos de nombreuses et délicates questions qui se posent à ce sujet que la science contemporaine porte la marque de la meilleure originalité. On rencontre à chaque pas, dans cette voie laborieuse, des points de vue nouveaux, que les savants auteurs se sont appliqués à mettre en vive lumière. Mais il y faut marcher avec une grande prudence, pour ne point s'y perdre dans les nuages du paradoxe; nous avons vu avec plaisir qu'ils n'ont pas manqué de cette prudence; M. Berger surtout sait s'arrêter à temps, affirmer quand il faut, douter quand il faut, suivant la méthode de Pascal.

Nous signalerons dans le tome septième de la deuxième série les articles MÉTRITE et MÉTRORRHAGIE, par M. Courty (de Montpellier); MICROSCOPE, par M. Hénocque; HYGIÈNE MILITAIRE, par M. Morache, comme se détachant des nombreux articles auxquels ils sont mêlés par l'importance ou l'actualité des sujets dont ils traitent. L'article MICROSCOPE surtout nous paraît répondre à un besoin urgent de l'éducation médicale contemporaine.

Il en est de même dans le premier volume de la troisième série. L'article QUARANTAINE, qui est dû à la plume exercée de M. Léon Colin, du Val-de-Grâce, fixe immédiatement l'attention et par la largeur de ses développements, et par les conclusions judicieuses auxquelles le savant auteur s'arrête dans une question où des erreurs évidentes, des passions, des superstitions même ont à l'envi embrouillé les choses quelquefois les plus simples. L'article RACES, qui figure aussi dans ce volume, et qui est signé d'un nom honoré entre tous, celui de M. de Quatrefages, nous paraît propre à tempérer quelques hardiesses qui se sont déjà fait jour çà et là dans

le *Dictionnaire encyclopédique*. Les saines doctrines, d'où qu'elles viennent, n'ont pas encore fait place dans tous les esprits au fanatisme de l'impossible. C'est encore dans ce volume que les quinquinas, et leur principal alcaloïde, qui sont presque une pharmacie, sont traités, suivant la meilleure méthode, et avec une compétence que tout le monde reconnaît, par M. Delioux de Savignac.

Ne nous proposant qu'une chose aujourd'hui en parlant du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous le répétons, montrer aux lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* que cette vaste publication marche et est entrée dans la voie qui peut la conduire le plus tôt à son terme, qu'on craignait out d'abord devoir être un peu éloigné, nous nous contenterons de ces très-sommaires indications.

MAX SIMON.

BULLETIN DES HOPITAUX

ABLATION DES LIPOMES AU MOYEN DE LA CAUTÉRISATION. — M. Dubrueil, chirurgien des hôpitaux, dans une séance récente de la Société de chirurgie (15 octobre), a appelé l'attention de ses collègues sur une modification qu'il a apportée à l'ablation des lipomes. « Il se peut, a-t-il dit, que cette modification ait déjà été mise en pratique par d'autres chirurgiens ; mais, en tous cas, si elle l'a été, elle est certainement très-peu usitée. » Les recherches que nous avons faites sur ce point, recherches limitées du reste, soit dans la collection du *Bulletin de Thérapeutique*, soit dans les ouvrages de chirurgie que nous avions sous la main, ne nous ont en effet présenté aucun exemple de ce genre.

Cette modification consiste à opérer l'ablation des lipomes par le même procédé qui est employé avec succès pour l'ablation des loupes, savoir : la cautérisation.

M. Dubrueil applique sur toute la longueur de la tumeur, et sur une largeur de 1 centimètre à peu près, une couche de pâte de Vienne qu'il a soin de laisser en place assez longtemps pour amener la modification de toute l'épaisseur des téguments. Au bout de huit jours environ, l'eschare, venant à se détacher, laisse

à nu le lipome, et il suffit alors, pour l'énucléer, de l'attirer au dehors, au moyen de pinces, en même temps qu'on le détache à l'aide d'une spatule et au besoin de quelques coups de ciseaux.

M. Dubrueil a eu recours dans deux cas à ce procédé, et avec un plein succès. Dans le premier cas il s'agissait d'un lipome du volume d'un œuf ; des pinces à griffes et une spatule ont suffi pour en procurer l'extraction. Dans le second cas, la tumeur était plus volumineuse, elle avait la grosseur du poing et siégeait sur la paroi thoracique ; l'intervention de quelques coups de ciseaux a été nécessaire.

Les chirurgiens, en général, préfèrent, croyons-nous, dans ces sortes de cas, se servir du bistouri. Le procédé proposé par M. Dubrueil lui a paru rendre l'opération non pas plus facile, mais moins douloureuse, moins effrayante surtout, et par conséquent dispenser de recourir à l'emploi du chloroforme. Ce sont, certes, des considérations qui ont bien leur importance, et nous pensons que l'emploi de la cautérisation pour l'ablation des lipomes trouvera son application dans les cas assez nombreux où il s'agit de malades que l'instrument tranchant frappe d'une véritable terreur. N'est-il pas démontré, d'un autre côté, comme l'a rappelé M. Tillaux dans la discussion qui a suivi cette communication, que les caustiques exposent moins aux accidents des plaies, tels que l'érysipèle et l'infection purulente ?

RÉPERTOIRE MÉDICAL

TRAVAUX ACADÉMIQUES

Sur le sable intestinal. Sous ce titre, M. Laboulbène vient de faire à l'Académie de médecine une communication des plus intéressantes, basée sur six faits qu'il a observés. Dans l'impossibilité où nous sommes de pouvoir analyser ici les observations du savant agrégé de la Faculté, nos lecteurs nous sauront gré de leur faire connaître au moins les conclusions que l'auteur en a tirées.

« 1° On peut quelquefois trouver dans les garde-robes une matière sableuse que je propose d'appeler *sable intestinal.*

« 2° Cette matière ressemble beaucoup à du sable jaunâtre ou brunâtre, dont les grains les plus gros auraient les trois quarts de 1 millimètre et même 1 millimètre de diamètre, et les plus petits deux à trois dixièmes de millimètre. La surface en est inégale et revêtue de prolongements en forme de cristaux irréguliers.

« 3° L'examen anatomo-pathologique fait constamment reconnaître dans le

sable intestinal des particules siliceuses, encroûtées de matières organiques et de phosphate ammoniaco-magnésien.

« 4° Dans un grand nombre de cas, en même temps que la silice, on trouve des cellules végétales inattaquées par les liquides actifs de l'estomac et de l'intestin.

« 5° Le sable intestinal provient du dehors, il paraît se former à la suite d'une alimentation trop exclusivement végétale et par l'ingestion inaperçue, ou peut-être volontaire, de particules siliceuses.

« 6° Les moyens qui paraissent les plus utiles à employer sont les purgatifs modérés et l'alimentation azotée prédominante. » (Séance du 18 novembre.)

Remarques sur une nouvelle application des greffes épidermiques. M. le docteur Guipon, de Laon, vient de présenter à l'Académie des sciences (séance du 10 novembre) un mémoire portant ce titre, que M. le baron Larrey a analysé sommairement de la manière suivante :

« L'auteur indique ou rappelle d'abord les expériences de M. Reverdin sur l'emploi des lamelles épidermiques dans le traitement des ulcères dont la cicatrisation n'avait pas été obtenue par d'autres moyens curatifs. Il énonce ensuite les objections adressées à ce nouveau mode d'autoplastie superficielle, et reconnaît enfin, d'après les succès obtenus par divers chirurgiens, le parti utile à en tirer pour la pratique.

« M. Guipon fait, à son tour, de ce procédé ingénieux une application rationnelle à une large plaie par déchirure, sur la face dorsale de la main, entièrement dépouillée de la peau, et il en rapporte l'intéressante observation dans les détails les plus précis. Le but indiqué, mais difficile de la cure, était d'obtenir la cicatrisation de cette perte de substance, en prévenant la formation d'une cicatrice rétractile qui aurait empêché la flexion complète des doigts ou l'usage essentiel de la main.

« L'insuccès, dans ce cas particulier, de la méthode ordinaire d'autoplastie épidermique suggère à l'auteur un procédé opératoire dont l'efficacité assure enfin une cicatrisation durable de la plaie dans toute son étendue, en conservant aux doigts leurs mouvements, sauf une légère rétraction de l'annulaire et de l'auriculaire. Il imagine, à cet effet, de détacher de la peau de l'avant-bras des lamelles d'épiderme garnies de leur couche celluleuse ou de la superficie du derme et de les juxtaposer plus profondément à la surface de la solution de continuité, en les maintenant bien en place par un pansement contentif.

« Les remarques de M. Guipon, à propos de cette observation, démontrent la possibilité d'appliquer les greffes épidermiques à certaines plaies récentes, comme on l'avait déjà fait, en France ou à l'étranger, pour des plaies anciennes ou pour des ulcères rebelles à la cicatrisation.

« L'auteur termine son travail par la description du mode opératoire employé par lui, et formule des conclusions favorables à la pratique de l'hétéroplastie, ou de ce mode d'autoplastie à distance, à condition de donner plus d'épaisseur et de consistance aux greffes épidermiques. » (*Comptes rendus*, t. LXXVII, n° 19.)

REVUE DES JOURNAUX

Action de l'eau froide sur la rate. Le docteur F. Mosler, à la suite d'expériences sur l'action de l'eau sur la rate mise à nu, chez des animaux, est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Le contact immédiat de l'eau avec la rate normale produit une contraction visible de l'organe, variable avec la température de l'eau et la durée de l'application. 2° L'eau froide exerce la même action, mais à un degré moindre, sur la rate, à travers les parois abdominales. L'effet d'une douche froide est plus grand que celui de l'application de compresses froides ou de morceaux de glace ; l'influence mécanique joue probablement un certain rôle dans ce cas. L'action de l'eau, comme cause de contraction de la rate, est inférieure

à celle de la quinine. 3° L'eau froide produit aussi une diminution du volume des tumeurs spléniques chroniques et aiguës. 4° L'accès fébrile dans la fièvre intermittente peut être arrêté par des douches froides administrées d'après la méthode de Fleury. 5° La douche froide n'est pas supérieure à l'emploi de la quinine dans les fièvres intermittentes aiguës ou chroniques. 6° L'action thérapeutique de la douche froide dans la fièvre intermittente n'est pas complète. Elle n'empêche ni les rechutes ni la formation de tumeurs spléniques. 7° L'emploi de la douche froide diminue la tuméfaction de la rate dans le typhus. 8° On doit attendre de bons effets de la combinaison de l'application sur la rate de l'eau froide sous forme de glace ou de douche, avec l'administration de la quinine. (*Virchow's Archiv*, 1873, 1re part., et *British Med. Journal*, 21 juin 1873.)

Guérison d'un anévrysme abdominal par la compression de l'aorte. En 1864 le docteur Murray communiqua à la Société médicale et chirurgicale de Londres un cas d'anévrysme abdominal guéri par la compression de l'aorte abdominale au voisinage de la tumeur. L'année dernière un cas semblable, guéri par le même moyen, fut encore communiqué à cette Société par les docteurs Moxon et Durbam, de Guy's Hospital.

Enfin le docteur Greenhow, de Middlesex Hospital, présenta le 23 mai dernier à la même Société l'observation d'un troisième cas de ce genre, dont nous allons donner le résumé.

Homme de vingt-huit ans, marin, d'une bonne santé habituelle jusqu'en décembre 1868, époque présumée du début de l'anévrysme. Au moment de l'entrée à l'hôpital il présentait dans l'abdomen, immédiatement au-dessus de l'ombilic, une tumeur globuleuse, pulsatile, ayant à peu près le volume d'une grosse orange. En comprimant fortement l'aorte au-dessus de la tumeur, on arrêtait les pulsations. Le diagnostic étant confirmé et le traitement arrêté, M. Hulke entreprit d'appliquer le tourniquet Le 25 mai, le malade étant chloroformé, on appliqua le tourniquet de Lister entre la tumeur et l'appendice xyphoïde, et on le vissa jusqu'à ce que toute pulsation eût cessé dans la tumeur et dans les artères fémorales. Au bout de trois quarts d'heure on l'enleva; les mouvements d'impulsion de la tumeur étaient les mêmes, mais celle-ci paraissait plus solide.

Le 27 on fit une seconde application qui dura quatre heures avec deux petites interruptions. Les battements de l'anévrysme diminuèrent graduellement; le 10 juin on pouvait à peine les sentir et on permit au malade de se lever. Le 25 juin, les battements ayant reparu, on appliqua de nouveau le tourniquet, qui resta en place près de trois heures. Il n'y avait plus alors d'expansion latérale et la tumeur paraissait plus ferme et plus solide. Le 14 juillet le malade était assez bien pour pouvoir retourner chez lui.

Le 20 septembre, toute pulsation avait cessé; au-dessus de l'ombilic, à droite de la ligne médiane, on sentait une tumeur dure, un peu mobile. Il n'y avait aucun battement dans l'aorte au-dessous de l'ombilic, non plus que dans les artères fémorales, poplitées et tibiales antérieures.

Depuis la guérison s'est maintenue.

Comme phénomènes remarquables consécutifs à la compression de l'aorte, nous trouvons dans cette observation une accélération du pouls et de la respiration; des hématémèses et de l'albuminurie, annonçant des troubles dans la circulation de l'estomac et des reins; augmentation de la tension artérielle dans la partie du corps située au-dessus du point comprimé, et un refroidissement de la partie située au-dessous. On peut conclure de ces symptômes que la distension excessive des artères causée par le traitement pourrait s'accompagner de danger sérieux chez les personnes atteintes de quelque affection organique, surtout d'une dégénérescence des tuniques artérielles. (*Med. Press. and Circular*, 11 juin 1873, et *British Med. Journal*, 14 juin 1873.)

De l'emploi du chloral hydraté comme adjuvant de l'opium dans un cas de menace d'avortement. Dans notre dernier volume (p. 284), nous avons résumé une observation de M. Martineau dans laquelle des contractions utérines qui s'étaient manifestées sur une femme enceinte de sept mois, traitées sans succès par l'opium, ont été

arrêtées immédiatement par l'administration du chloral à la dose de 1 gramme matin et soir.

M. J. Besnier rapproche de ce fait une observation qui lui est personnelle, dans laquelle il s'agit d'une jeune femme primipare enceinte de six mois et très-fortement menacée d'avortement. L'opium à hautes doses et sous toutes ses formes n'ayant produit aucun résultat, M. Besnier songea à recourir au chloral hydraté.

Une cuillerée d'une potion de 4 grammes pour 120 grammes de liquide ayant été rejetée, M. Besnier fit aussitôt administrer en lavement le reste de la potion. L'effet fut presque immédiat et très-satisfaisant. Les douleurs reparurent à plusieurs reprises et furent toujours calmées après l'administration d'un nouveau lavement avec 2 grammes de chloral; toutefois elles persistèrent longtemps encore. M. Besnier, suivant l'avis de M. Tarnier, consulté à cette occasion, reprit alors la médication opiacée, qui dut être prolongée encore pendant deux jours; la malade ne présenta d'ailleurs aucun symptôme de narcotisme ni aucun accident d'autre sorte.

L'opium a donc maintenu ici et continué les bons effets obtenus par le chloral.

M. Besnier, après cette relation, recherche quel peut être, dans ces conditions, le mode d'action du chloral. Il résulte de ses observations, jointes à celles de MM. Bourdon et Martineau, que le chloral exerce sur les contractions de l'utérus deux effets opposés, suivant qu'il est administré pendant l'accouchement ou pendant une menace d'avortement. Dans le premier cas, il en augmente la puissance; dans le second, il diminue et supprime même les contractions utérines; dans les deux cas il produit l'analgésie. C'est aux conditions différentes que présente l'utérus au moment de son administration qu'il faut attribuer, suivant M. Besnier, l'effet tantôt sthénique, tantôt amyosthénique, qu'éprouvent les contractions utérines. Dans l'accouchement, en effet, il faut tenir compte de l'excitation du col par la tête de l'enfant, qui entretient ses contractions; celles-ci augmentent même par suite du repos procuré à la matrice et de la cessation de la douleur par l'administration du chloral. Dans la menace d'avortement, l'excitation du col fait défaut, la douleur joue le rôle principal. Dès lors le chloral supprime la cause principale des contractions. Toute l'importance de ce médicament, dans ce cas, est donc dans l'analgésie qu'il produit. Il faut tenir compte aussi, dans les observations citées plus haut, de l'action de l'opium. M. Besnier conclut donc que le chloral est un auxiliaire puissant de la médication de l'opium lorsque celle-ci reste inefficace. (*Union méd.* et *Gaz. des hôp.*, nº 122.)

Traitement des hémorrhoïdes par la cautérisation linéaire de l'anus. M. Voillemier, après avoir rappelé les différents procédés de cautérisation mis en usage dans le traitement des hémorrhoïdes, et signalé leurs inconvénients et leurs dangers, a cherché un moyen à la fois efficace et inoffensif de débarrasser, par la cautérisation, les malades de cette pénible affection. Réfléchissant qu'un très-grand nombre d'individus ont des hémorrhoïdes internes volumineuses dont ils ne souffrent presque pas, et qu'ils ne se plaignent que lorsqu'elles s'échappent et forment une tumeur au dehors, M. Voillemier eut l'idée de respecter les tumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes, et de s'opposer seulement à leur sortie. Voici le procédé qu'il emploie : Le malade chloroformisé est couché sur le bord du lit, dans la position adoptée pour l'opération d'une fistule à l'anus. Le chirurgien badigeonne largement l'anus et les parties voisines avec du collodion, pendant qu'un aide fait évaporer avec un soufflet les vapeurs d'éther, qui ne manqueraient pas de s'enflammer à l'approche du cautère. Il suffit de faire chauffer les deux petits cautères de forme cultellaire, dont la partie opposée au manche doit avoir 2 centimètres de long et 1 de large. Le chirurgien en introduit un à la profondeur de 1 centimètre dans l'anus en appuyant le talon de l'instrument sur l'orifice cutané un peu plus que sur la muqueuse, et pratique quatre lignes de cautérisation, en avant, en arrière, à droite et à gauche. Pour tout pansement, compresses imbibées d'eau fraîche.

Sous l'influence de la congestion produite par la cautérisation, la tu-

meur hémorrhoïdale reparaît dans les premiers jours, parfois même plus volumineuse; mais bientôt elle cesse d'être douloureuse et finit par rentrer d'elle-même complétement. Quarante-trois individus opérés par ce procédé ont guéri sans le moindre accident. Le temps nécessaire à la guérison, variable d'ailleurs avec le volume de la tumeur, le relâchement de l'anus et l'âge du malade, n'a jamais dépassé un mois. (*Gazette hebdomadaire.*)

Eclampsie albuminurique et urémie; guérison par l'hydrate de chloral. D'après M. le docteur Bouchut, qui trouve la doctrine de l'urémie trop exclusive, l'éclampsie albuminurique doit être rapportée : 1° à la suffusion séreuse des méninges et du cerveau; 2° à l'intoxication urémique ou ammoniémique par insuffisance sécrétoire des reins. Il cite l'observation d'une encéphalopathie qu'il rattache à la suffusion séreuse de la pie-mère et du cerveau, et non à l'intoxication urémique, parce que, dans ce cas, la petite malade offrait de l'anasarque, de l'hydropéricarde, de l'œdème des poumons, de l'œdème des papilles oculaires. Donc, s'il y a œdème des nerfs optiques, il y a œdème de la pie-mère. D'autre part, il n'y a eu ni vomissements ni diarrhée, la bouche est restée humide, la température à 37 degrés et 37°,3.

Puisqu'il est établi que chez cette malade l'éclampsie dépend de l'anasarque qui s'est étendue aux méninges et au cerveau, il faut poser comme indication thérapeutique la déplétion séreuse des méninges et du cerveau. Cette indication est remplie par les *drastiques*, les *émissions sanguines*, la *sudation*.

La sudation a été seule employée chez la malade, qui a été mise pendant trois mois dans un maillot de laine chauffé et imprégné de vapeurs de benjoin. L'hydrate de chloral, à la dose de 4 grammes par jour, guérit complétement les accidents encéphalopathiques. (*Gaz. des hôp.* et *Union méd.*, 1873, n° 124.)

VARIÉTÉS

Des eaux minérales de la Savoie (1). — On a beaucoup écrit sur les eaux minérales. Les principales sources sont connues de tous les médecins, et il n'est pas de praticien qui n'ait l'occasion fréquente d'en conseiller l'emploi dans les affections les plus diverses. Cependant on est bien loin encore de connaître et d'utiliser les ressources que présentent les nombreuses eaux minérales de la France. Les traités spéciaux d'hydrologie et de thérapeutique abondent : tous s'étendent longuement sur les propriétés et les indications thérapeutiques des sources les plus renommées; mais trop souvent elles nécessitent un long voyage, malheureusement impraticable pour certains malades.

Nous croyons que M. le docteur Berthier a rendu un véritable service aux médecins français et surtout à ceux des départements voisins de la Savoie, en indiquant, dans son excellente thèse, les richesses naturelles de son pays, et nous ne doutons pas que ses avis ne soient utiles à bien des praticiens. Dans son travail, M. Berthier examine successivement

(1) Thèse inaugurale de M. Francis Berthier. Paris, 1873.

les principales sources de la Savoie, donnant pour chacune d'elles l'analyse détaillée de chimistes expérimentés, et les comparant aux eaux minérales des autres pays, qu'on peut considérer comme analogues. C'est ainsi qu'il oppose les eaux de Manheim (source de la Kurbrunnen) à celles de Moutiers (chlorurées fortes, carboniques fortes), à celles de Carlsbad, à Brides (sulfatées calciques et sodiques), à celles de Spa, Orezza, etc., aux eaux ferrugineuses, bicarbonatées et crénatées de la Bauche.

L'auteur s'est surtout arrêté à la description des eaux d'Aix (sulfurées calciques et sulfhydrées). Pour donner encore plus d'actualité pratique à son travail, il indique rapidement les ressources qui s'offrent au baigneur dans cet établissement de bains si bien organisé : il décrit en peu de mots la localité et les moyens de transport les plus rapides pour s'y rendre.

Dans chacun de ses chapitres une large place est réservée à l'action physiologique et à l'indication thérapeutique ; l'auteur indique succinctement les maladies principales qui y trouveront un remède ; il y ajoute parfois ses observations personnelles ou recueillies par son père, également médecin à Aix.

Telle est, en résumé, l'impression que nous avons retirée de la lecture de l'ouvrage de M. Francis Berthier. L'esprit éminemment pratique et les recherches consciencieuses qui ont présidé à cet intéressant travail le font ranger à juste titre parmi les meilleures publications récentes sur les eaux minérales de France.

Académie de médecine. — M. le docteur Laboulbène vient d'être élu membre titulaire de l'Académie de médecine dans la section d'anatomie pathologique (séance du 2 décembre).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Estor (Pierre-Marie-André-Alfred), docteur en médecine, est nommé professeur de médecine légale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — Par arrêté, en date du 20 novembre, de M. le ministre de l'instruction publique, la chaire de chimie à cette Ecole a été déclarée vacante. Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à ladite Ecole et au conseil académique.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Pihan-Dufeillay, professeur de

chimie appliquée, est nommé professeur de pharmacie, en remplacement de M. Andouard; — M. Andouard est nommé professeur de chimie appliquée, en remplacement de M. Piban-Dufeillay; — M. Kirchberg est nommé suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique interne.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Roulland, professeur de pathologie interne et de médecine opératoire, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Vastel, décédé.

ECOLE DE MÉDECINE DE LYON. — A la suite d'un concours où les candidats ont montré les connaissances les plus étendues, MM. Ailland et Bermond, classés *ex æquo*, ont été nommés prosecteurs pour deux ans.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Le prix Delord vient d'être décerné à M. Piéchaud, premier interne sortant.

HÔTEL-DIEU DE CAEN. — Les internes de l'Hôtel-Dieu de Caen ont reçu de la commission administrative des hospices de cette ville une lettre de félicitation pour leur belle conduite pendant la durée de l'épidémie.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur L. MOLAS, président de la Société locale des médecins du Gers, vient de mourir à Auch, à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

Nous avons le regret d'annoncer aussi la mort, à Belfort, de M. Sabin PAPILLON, ancien médecin principal de première classe de l'armée, officier de la Légion d'honneur.

LE CHOLÉRA A PARIS. — Le bulletin sanitaire de la ville de Paris a enregistré, pour la semaine finissant le 28 novembre, 1 seul décès cholérique, et 0 pour la semaine finissant le 5 décembre.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'Eucalyptus et ses propriétés fébrifuges expérimentés pour la deuxième fois en Sologne ;

Par M. le docteur E. Burdel, médecin de l'hôpital de Vierzon.

J'ai promis de tenir les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* au courant de ma seconde expérimentation sur l'eucalyptus envisagé comme fébrifuge et administré dans nos contrées palustres ; aujourd'hui, mon cher Rédacteur, je viens tenir ma parole en vous adressant non-seulement les résultats de ces expérimentations, mais j'y joins encore, comme conclusions, les réflexions qui m'ont été suggérées : ce ne sera pas uniquement mon opinion personnelle, ce sera de plus tout ce que j'ai pu recueillir des observations de mes confrères touchant l'administration de cette plante.

Cette année, je n'ai soumis que 33 malades fiévreux à l'action de l'eucalyptus ; mais ces 33 sujets, je puis le dire, ont été choisis dans la catégorie des fébricitants les moins discutables, dont les uns avaient eu déjà de nombreux accès de fièvre avant toute médication, et dont les autres étaient en récidive d'accès coupés soit par la quinine, soit par d'autres moyens.

Voici, tout d'abord, le dénombrement de ces 33 observations ; à la suite je donnerai l'analyse de celles qui, dans ce nombre, m'ont paru le plus dignes de remarque :

Ainsi, sur 33 sujets traités à l'hôpital ou en ville,

		Guéris.	Non guéris.
11	ont été atteints de fièvre quotidienne. .	4	7
12	— — tierce.	8	4
10	— — quarte	6	4
33		18	15
		33	

Si nous nous reportons aux résultats obtenus il y a un an (1), nous trouvons qu'aujourd'hui la proportion des guérisons est à peu près la même que celle de l'année dernière, en ce sens que la

(1) Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXXXIV, p. 409.

guérison a été de moitié en 1872 comme en 1873 ; mais cette année-ci, par un nouveau mode d'administration, j'ai pu éviter la fréquence de récidive.

Pour l'année 1873, en effet, nous trouvons 18 guérisons chez 33 fiévreux ; c'est presque la moitié. — Pour l'année 1872, sur 123 fiévreux, j'ai obtenu 66 guérisons ; c'est aussi, à peu de chose près, la moitié ; mais il y a cette différence que, sur ce nombre, 11 seulement ont été guéris sans récidive, et 55 ont vu leur fièvre réapparaître, les uns après cinq jours, et les autres après neuf jours.

A quoi tient cette différence ? Tout simplement, à ce que je pense et comme je vais le dire, à ce que j'ai modifié à la fois et le genre de préparation et le mode d'administration ; je suis même disposé à croire qu'on pourra obtenir de plus grands succès en étudiant, observant et modifiant la médication.

La provenance de la plante n'est pas sans doute à dédaigner, ainsi que me l'a fait observer avec raison mon honorable confrère, le docteur Régulus Carlotti ; car l'eucalyptus que m'a fourni M. Duquesnel venait de Nice, et il est probable que l'eucalyptus tiré de la Corse, de l'Algérie et mieux encore de l'Australie, doit posséder des propriétés plus énergiques, en rapport sans doute avec la chaleur du climat. Car personne n'ignore combien les mêmes plantes, développées dans des pays chauds, ont des principes autrement actifs que celles que l'on a fait croître dans des régions plus tempérées.

Mais disons d'abord à quelle forme de médicament et à quelle dose nous nous sommes arrêté pour combattre la fièvre.

Nous avons commencé par donner des pilules d'extrait alcoolique de 15 centigrammes chacune, au nombre de quatre et de cinq, ou, suivant la forme de la fièvre, au nombre de huit et dix par jour, en deux fois.

Ainsi, dans la fièvre quotidienne, nous avons donné de quatre à cinq pilules pendant l'apyrexie. Dans la fièvre tierce et quarte, nous en avons donné de huit à dix en deux fois, toujours pendant l'apyrexie ; et nous avons continué cette médication pendant environ cinq ou six jours chez chaque sujet, après lesquels nous cessions immédiatement pour recourir à la quinine si la fièvre résistait. 15 fois, sur 33 cas, nous avons dû renoncer à cette médication, chez les uns parce que la fièvre s'aggravait malgré ou à cause du médica-

ment, chez les autres parce que la fièvre menaçait de devenir soit pernicieuse, soit rémittente continue.

Dans les 18 cas au contraire, dans lesquels j'ai pu poursuivre la médication eucalyptique avec succès, je dirai, dans un instant, comment et pourquoi j'ai pu réussir cette année, lorsque l'année dernière j'avais échoué dans plus des deux tiers des cas.

« Chaque fois que j'ai eu à administrer des médicaments fébrifuges autres que la quinine, et surtout l'eucalyptus, disais-je dans la communication rappelée ci-dessus (1), j'observais que les malades, même avec l'apparence de la guérison, restaient plongés dans l'anémie et l'adynamie palustres plus longtemps que lorsque j'employais les sels de quinquina ; l'eucalyptus semblait n'avoir aucune prise sur cette atonie spécifique, conséquence de l'état palustre. Et tandis qu'il suffit de quelques jours seulement pour qu'on voie, chez les sujets traités par les sels quiniques, le facies se colorer un peu, reprendre cette tonicité qui annonce le retour définitif à la santé, j'ai vu, au contraire, chez ceux que j'avais soumis aux préparations eucalyptiques, la pâleur morbide persister, et, avec elle, cette sorte d'atonie indiquant d'une manière à peu près certaine qu'il n'y a, dans la cessation des accès fébriles, qu'une sorte de relâche dont la durée n'a rien de fixe et qui n'est qu'éphémère. »

Mettant cette année cette observation à profit, c'est-à-dire ayant appris pour combien peu de temps durait l'action névrosthénique de l'eucalyptus si cette action n'était soutenue par des doses continues ou des toniques adjuvants, je fis prendre tous les cinq ou sept jours, suivant le type de la fièvre, des doses nouvelles d'eucalyptus alors même que la fièvre semblait disparue, et je soumis ainsi les fiévreux pendant plusieurs semaines à cette médication ; — chez d'autres, immédiatement après la fièvre coupée, j'étais forcé d'administrer du vin de quinium à assez haute dose. Chez tous ceux que j'ai laissés livrés à eux-mêmes, après avoir donné les doses nécessaires pour couper la fièvre, chez tous ceux-là, dis-je, sauf 4 sur 18, la fièvre a récidivé après quatre, sept ou neuf jours.

J'ai tenté de remplacer le vin de quinium par une macération de feuilles d'eucalyptus dans du vin généreux ou de l'eau-de-vie, pour soutenir l'action névrosthénique de l'eucalyptus après la fièvre coupée ; eh bien, par ces derniers moyens, j'ai pu réussir à

(1) *Loc. cit.*, p. 415.

éloigner les récidives, mais je n'ai pu diminuer l'anémie et la cachexie palustre; je n'ai pu, enfin, ramener complétement les fiévreux à l'état de santé parfaite, comme on le fait avec le quinquina et ses composés.

Pour ne pas abuser de l'hospitalité du *Bulletin de Thérapeutique*, qu'il me soit permis de transcrire trois observations seulement, prises parmi les malades chez lesquels j'ai donné l'eucalyptus suivant cette dernière méthode.

Obs. I. — Le nommé Chauveau, âgé de trente-deux ans, est atteint depuis dix jours de fièvre intermittente quotidienne; dix accès non traités ont produit chez lui une anémie profonde, et la cachexie palustre se montre déjà. — J'administre huit pilules d'eucalyptus de 15 centigrammes en une fois pendant cinq jours consécutifs. — Après ce temps écoulé, je revois le malade; il n'a plus la fièvre, mais l'anémie et la cachexie ont augmenté dans des proportions effrayantes. Je fais alors entrer le malade à l'hôpital. Pendant plusieurs jours je le soumets au vin de quinium, aux toniques, ferrugineux, etc.; après trois semaines de ce traitement, le malade sort complétement guéri, et la guérison s'est soutenue depuis lors.

Obs. II. — La jeune B**, âgée de seize ans, est atteinte depuis huit jours de fièvre intermittente tierce; l'anémie est déjà prononcée, mais cette anémie est à la fois produite par la fièvre et un peu par la chlorose; cette jeune fille n'est pas encore menstruée. Après quelques jours de repos à l'hôpital, je la soumets aux pilules d'eucalyptus, cinq à la fois; après trois jours de ce traitement la fièvre disparaît; mais sept jours après, au moment où la malade se croyait guérie, et demandait à sortir, la fièvre reparaît avec le même type. — Je reprends la même médication et à la même dose; après cinq jours de traitement, j'obtiens le même résultat; cette fois encore, mais après neuf jours, la fièvre se remontre en affectant cette fois le type quotidien. — C'est alors que je me détermine à reprendre l'eucalyptus, mais, une fois la fièvre coupée, à soumettre toutes les semaines la fiévreuse, pendant trois jours à l'action de l'eucalyptus. Grâce à ce traitement, suivi pendant six semaines entières, c'est-à-dire laissant reposer la malade quatre jours seulement sur sept, la fièvre disparaît définitivement.

Obs. III. — La fille Denis, âgée de vingt-deux ans, entre à l'hôpital le 10 septembre, atteinte d'une fièvre tierce, dont les premiers accès datent du mois d'août; aucun médicament n'a encore été donné; aussi est-elle affaiblie, anémique, et son facies révèle déjà le commencement de la cachexie palustre. J'administre immédiatement les pilules d'eucalyptus, et voici comment je procède: le

jour de l'apyrexie je donne dix pilules dans la même journée, cinq le matin et 5 le soir; le lendemain, jour de la fièvre, j'en fais prendre cinq le matin, trois heures avant la fièvre; après six jours de ce traitement, la fièvre semble coupée et je laisse la malade sans autre médication qu'un régime tonique. — Mais, sept jours après le dernier accès, la fièvre se fait ressentir encore, faible d'abord, puis plus marquée et plus aiguë au troisième accès. Je reprends la même médication avec même dose pendant six jours encore et la fièvre disparaît; mais, à partir de ce moment, et pour éviter de nouvelles récidives, je fais prendre toutes les semaines le même nombre de pilules pendant quatre jours. — Après six semaines de ce traitement, la fièvre ne reparut plus, mais la malade resta faible et anémique malgré un régime tonique assez réparateur. La continuation du médicament semblant provoquer une sorte de dyspepsie et de l'inappétence, je fis cesser les préparations eucalyptiques, et j'administrai le vin de quinium. A peine la malade en avait-elle pris une bouteille que l'appétit reparut et avec lui la coloration du visage, en un mot l'aspect de la santé.

Les résultats obtenus cette année par deux de mes confrères, qui ont bien voulu de leur côté expérimenter l'eucalyptus, sont à peu près les mêmes.

M. le docteur Baujard, de Vierzon, sans me donner de statistique sur les faits qui se sont passés sous ses yeux, se borne à me dire qu'il a observé autant de guérisons que d'insuccès; mais la moitié des guérisons, a-t-il ajouté, n'ont été le plus souvent qu'éphémères.

M. le docteur de Jourdan, de Salbris, qui pratique en pleine Sologne, dit n'avoir pu expérimenter sérieusement l'eucalyptus que sur 12 malades, n'ayant pu suivre ni revoir tous ceux auxquels il avait donné le médicament.

Ces malades, tous adultes, sont ainsi classés :

3 étaient atteints de fièvre quarte, 6 de fièvre tierce, et 3 de fièvre quotidienne.

« Dans les cas de fièvre quarte, j'ai administré jusqu'à huit pilules par jour, et cela pendant dix jours; je n'ai obtenu qu'une seule chose, le retard de la fièvre de quelques heures; en résumé, échec complet pour ce genre de fièvre et la cachexie palustre.

« Dans la fièvre tierce, sur 6 malades, j'ai obtenu 4 guérisons seulement; les deux autres, impatientés de ne pas voir la fièvre disparaître plus promptement, ont eu recours à la quinine.

« Enfin, dans la fièvre quotidienne, il m'a semblé que l'euca-

lyptus avait réussi; mais, comme j'avais fait précéder l'administration du médicament d'un vomitif, je ne sais si c'est à l'eucalyptus que la guérison est due. »

Ainsi donc, nous pensons qu'aujourd'hui, après deux années d'observations, nous pouvons, en résumant les faits qui se sont passés sous nos yeux, apporter les conclusions suivantes concernant l'eucalyptus employé comme fébrifuge.

L'eucalyptus peut certainement être regardé comme un fébrifuge, mais son action est lente et loin d'être toujours constante. Dans la fièvre quotidienne bénigne, l'eucalyptus réussit dans les quatre cinquièmes des cas; dans la fièvre tierce, dans les trois cinquièmes seulement; et enfin dans les fièvres quartes, il échoue presque complétement, c'est-à-dire dans les huit dixièmes.

Dans les saisons où la fièvre intermittente est le plus fréquente, c'est-à-dire endémique, les récidives après l'emploi de l'eucalyptus arrivent bien plus souvent qu'avec la quinine.— On peut néanmoins réussir à éviter les récidives en administrant l'eucalyptus plus fréquemment après quelques jours de repos seulement, et tant que la tolérance de l'estomac voudra bien le permettre.

Dans la cachexie palustre, l'eucalyptus est complétement inerte.

Ainsi que je l'ai déjà dit, si cette année j'ai obtenu une proportion un peu plus grande de guérisons et un nombre moindre de récidives, c'est que, d'une part, j'ai associé l'eucalyptus aux alcooliques, et de l'autre que j'ai tenu l'organisme en haleine par des doses fréquemment répétées.

Dans une dizaine de cas, j'ai expérimenté parallèlement le laurier d'Apollon en le donnant aux mêmes doses et sous la même forme; eh bien, je puis dire que ce dernier médicament nous a donné des résultats presque identiques à ceux fournis par l'eucalyptus.

En présence de ces résultats, qui sont loin d'être aussi satisfaisants qu'on l'avait fait espérer, devons-nous effacer par un trait de plume et sans appel ce médicament de la liste thérapeutique où sont inscrits les fébrifuges. Non, nous ne le pensons pas; nous croyons, au contraire, que cette plante est appelée à rendre encore de grands services auprès des populations pauvres, pour lesquelles l'administration de la quinine constitue une dépense souvent au-dessus de leurs moyens.

Nous ne voulons pas dire par là que ce médicament puisse être

donné indistinctement dans tous les cas et contre tous les types de fièvre, même chez les malheureux. Non certainement, puisque nous avons établi que plus la fièvre est chronique, plus la cachexie est établie, et plus il échoue ; mais il pourra être administré dans une foule de cas où la fièvre est bénigne, c'est-à-dire ni trop aiguë ni trop chronique.

L'eucalyptus pourra d'autant mieux réussir chez les fiévreux des populations pauvres, chez lesquels la constitution est anémiée et épuisée, qu'on l'aura associé à des toniques énergiques, tels que des vins généreux ou tout simplement des alcooliques. A ces seules conditions, l'eucalyptus pourra réussir et rendra encore de grands et signalés services. Ce sera déjà, à notre avis, un rôle assez important qui incombe à cette plante et qu'il ne faut pas dédaigner. Mais vouloir en faire un fébrifuge capable de rivaliser avec la quinine, le quinquina et ses composés, il n'y faut pas penser : on pourrait en éprouver de sérieuses et cruelles déceptions en plus d'une occasion.

Si j'avais à parler des qualités de l'eucalyptus, autres que celles qu'on a voulu lui accorder comme fébrifuge, j'aurais beaucoup à dire, et je regarde cette plante comme devant apporter à la matière médicale un fort contingent de propriétés thérapeutiques; n'eût-elle que celle d'être, ainsi que j'ai pu l'observer, souveraine dans les affections catarrhales, de la vessie surtout, d'être antiseptique, l'on devrait encore s'en montrer satisfait.

Je ne sais non plus si l'eucalyptus, planté dans les contrées marécageuses et palustres, apportera dans ces contrées l'assainissement et l'amélioration que la renommée lui prête. Si cela est, c'est un bienfait que je regrette pour notre pays ; car cette plante, redoutant les gelées, ne pourra jamais s'y acclimater, et par conséquent nous être, sous ce rapport, d'aucune utilité : il faut à l'eucalyptus non-seulement un climat chaud pour s'y développer, mais aussi de la chaleur pour acquérir les véritables propriétés thérapeutiques qu'il possède. Malheureusement, ni la Sologne, ni la Brenne, ni la Bresse, ni les Dombes, ne peuvent utiliser cette plante, puisqu'elle ne peut prospérer et croître que dans les climats chauds et dans le midi de la France.

De l'action physiologique et thérapeutique comparée des alcaloïdes de l'opium ;

Par M. le docteur J.-V. Laborde.

Nous avons essayé de montrer expérimentalement (1) — et les données de la clinique confirment celles de l'expérimentation — que l'opium brut devait, autant que possible, être remplacé, dans la pratique, par les alcaloïdes usuels; nous avons montré en outre que, dans le choix de ces alcaloïdes, il convenait de donner la préférence à la morphine et à la narcéine sur la codéine, qui, sous une apparente innocuité, cache une action toxique d'autant plus dangereuse qu'elle éclate sans être annoncée. Cette insidiosité tient, ainsi que nous l'avons prouvé, à une facilité particulière de tolérance; tandis que la morphine provoque rapidement, dès les premières et quelquefois les plus faibles doses (de 2 à 5 milligrammes), chez l'individu non encore accoutumé et plus ou moins prédisposé, des accidents qui sont un avertissement immédiat et mettent en garde le thérapeute, la codéine n'apporte tout d'abord, dans les mêmes conditions, aucun trouble apparent aux fonctions de l'organisme, tout en produisant l'effet médicamenteux ; le médecin est tranquille, sans appréhension, et il élève, s'il y a lieu, la dose avec confiance, lorsque tout à coup, sans prélude, sans symptôme précurseur autre qu'une dilatation pupillaire, qui peut d'ailleurs n'être que passagère, les phénomènes d'intoxication éclatent avec une intensité et une gravité que rien, nous ne saurions trop le répéter, ne pourrait faire prévoir. Ces phénomènes revêtent, on le sait, la forme convulsivante, et il importe de ne pas oublier qu'au point de vue de l'action toxique et convulsivante la codéine tient le premier rang dans la série des alcaloïdes doués de la propriété soporifique, tandis qu'elle tient le dernier relativement à cette propriété.

Ainsi, à tous égards, la codéine doit céder le pas, en thérapeutique, à la narcéine et à la morphine.

Après les belles recherches physiologiques de M. Cl. Bernard et la consécration clinique qui leur a été apportée par Debout, M. Béhier, un grand nombre d'autres observateurs et nous-

(1) Voir les numéros des 30 octobre et 15 décembre derniers.

même, il y a lieu de s'étonner que la narcéine n'ait pas encore acquis complétement droit de cité en thérapeutique, et qu'elle ne soit pas d'un usage plus vulgaire dans la pratique. Il s'agit pourtant de l'alcaloïde de l'opium le moins toxique et à la fois le plus soporifique : le sommeil qu'il produit est tranquille, sans agitation et sans ces rêves pénibles qui traversent la lourde somnolence donnée par la morphine ; le réveil facile n'est pas accompagné non plus du malaise général, de la brisure des membres et de la céphalagie congestive qui sont les suites habituelles de la médication morphinée. Tout au plus a-t-on observé, dans quelques cas, un ou deux vomissements à la suite de son ingestion ; mais il convient de remarquer que la plupart de ces cas appartiennent à des malades (ce sont principalement des phthisiques) prédisposés par l'état d'intolérance plus ou moins grande de leur estomac, et que, d'un autre côté, la forme pharmaceutique de la préparation n'est pas toujours favorable à l'absorption du médicament : nous voulons surtout parler de la forme pilulaire, que nous nous faisons, pour notre compte, une règle d'éviter autant que nous le pouvons ; c'est chose facile, attendu que la solubilité de la substance, bien que limitée, est suffisante pour permettre une préparation liquide appropriée au mode d'administration qu'il appartient au clinicien de choisir. On peut aussi éviter de la sorte l'administration par l'estomac, ce qui est presque toujours avantageux, à tous égards. Nous montrerons tout à l'heure combien il est préférable, en effet, de faire pénétrer dans l'organisme non-seulement la narcéine, mais encore la morphine et les autres principes médicamenteux de même nature, par une voie fort naturelle, à laquelle on n'a peut-être pas assez souvent recours.

Il importe d'ajouter, relativement à la narcéine, que, pour que son action médicamenteuse s'exerce avec sûreté et avec l'efficacité qu'on en attend, il est nécessaire que cette substance soit d'une aussi complète pureté que possible ; cette condition ne paraît pas malheureusement toujours facile à obtenir, à cause sans doute de l'insuffisance des procédés chimiques d'extraction et de préparation, qui n'ont pas encore pris les développements ni par conséquent les avantages d'une grande industrie. C'est aussi pour ce motif que la narcéine est d'un prix relativement élevé, qui en rend l'emploi plus difficile ; mais cet empêchement regrettable, auquel il faut pourtant se soumettre trop souvent dans la pratique, sera

d'autant plus évité que l'on vulgarisera davantage l'usage de ce médicament précieux. Nous n'avons pas à passer ici en revue les nombreuses applications de la narcéine, mais nous ne laisserons pas échapper cette occasion de rappeler une des indications générales de son emploi, sur laquelle nous avons insisté autrefois avec des faits à l'appui, et dont l'importance n'a peut-être pas suffisamment frappé l'attention : c'est l'indication de la narcéine dans le jeune âge ; elle exerce, en effet, facilement et sûrement son influence sur les enfants, même à de faibles doses, et son innocuité relative rend son usage précieux, on le comprend, chez des malades dont les conditions d'âge exigent une extrême prudence dans le maniement des agents thérapeutiques. Parmi les maladies de l'enfance il en est une que nous nous contenterons de signaler ici, dans laquelle la narcéine peut rendre les plus grands services : c'est la coqueluche ; les accès nocturnes, doublement désastreux par leurs effets sur le sommeil et le repos de la nuit, peuvent être, dans la plupart des cas, complétement supprimés, et au moins toujours atténués ; il est inutile d'insister sur les avantages d'un pareil résultat dans une affection aussi tenace.

Malgré les inconvénients réels et plus grands de son administration, surtout quand elle n'est pas prudemment et habilement conduite, la morphine est et demeure encore le plus employé des principes immédiats de l'opium ; il faut en convenir, c'est celui dont l'action est la plus sûre et surtout la plus rapide ; mais il importe, ainsi que nous le disions à l'instant, que cette action soit attentivement surveillée dès le début pour pouvoir ensuite être, en quelque sorte, réglée. C'est ce dont on ne se préoccupe peut-être pas suffisamment. Il y a peu de médecins qui, usant de la morphine même avec précaution et à faibles doses, n'aient eu à observer, quelquefois à leur surprise, sans s'y attendre, ces phénomènes d'intolérance presque immédiate qui appartient en propre à cette substance ; deux conditions sont particulièrement favorables à la manifestation de cette intolérance : l'administration du médicament par la méthode hypodermique, d'un côté, et de l'autre, une impressionnabilité nerveuse plus ou moins grande, soit constitutionnelle, soit engendrée par un état morbide invétéré, ou attribuable simultanément à ces deux causes. Il est vrai que, le plus souvent, la première épreuve passée, l'accoutumance se fait vite, et les doses peuvent être successivement élevées de façon à en approprier les

effets aux exigences de la maladie. Mais les cas ne sont pas rares non plus, dans lesquels on est forcé d'abandonner, presque dès le début, l'usage du médicament ou, tout au moins, de recourir à un mode d'administration qui préserve des effets physiologiques dangereux ou même simplement désagréables, ou qui les atténue. Nous ne saurions trop recommander, à cet égard, tant pour la morphine que pour la narcéine, un mode d'administration des plus naturels, des plus faciles et tellement vulgaire, qu'il y a lieu de s'étonner, en vérité, de ne pas le voir employé pour les alcaloïdes, alors qu'il est d'un usage journalier et presque exclusif pour les préparations d'opium brut : on a deviné l'administration par l'intestin, soit en lavement, soit à l'aide de suppositoires. Le résumé d'un ou de deux faits pratiques en dira plus, à cet égard, que la plus longue dissertation.

A une malade, à l'âge de la ménopause, atteinte d'une affection encore indéterminée de l'utérus avec pertes sanguines et douleurs vives, incessantes, à exacerbations occupant tout le bas-ventre et irradiant du côté de l'épanouissement des plexus lombaires et du sciatique, on pratiqua, dans la région lombaire, une première injection hypodermique de 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine; quelques minutes à peine après l'injection, malaise général, sueur profuse, pâleur du tégument, état syncopal, brisure des membres, puis vomissements réitérés, lesquels persistent toute la journée et toute la nuit. L'injection n'est pas, bien entendu, renouvelée, la malade s'y serait d'ailleurs formellement opposée. Un mois après, aucun soulagement n'étant apporté à son état, surtout à l'élément douleur qui fait son désespoir, on lui propose un nouvel essai d'injection sous-cutanée faite à l'aine et avec une dose de chlorhydrate de morphine de moitié moindre que la première ; elle s'y résigne, quoique avec une appréhension extrême. Vingt minutes environ après l'injection, même malaise, mais beaucoup moins intense que la première fois, et vomissements répétés durant plusieurs heures. Pour le coup il ne pouvait plus être question, auprès de cette malade, d'injections hypodermiques. Instruit par une certaine expérience, nous conseillâmes l'administration du même médicament soit en lavement, soit, ce que nous préférons, à l'aide de suppositoires ; il put être immédiatement supporté, sans le moindre accident, à la dose d'un demi-centigramme, laquelle fut progressivement élevée à 1 et 2 centigrammes. L'effet thé-

rapeutique a été des plus satisfaisants ; les douleurs ont été rapidement calmées et une amélioration remarquable s'est produite et continue dans l'état de la malade.

Une autre malade, atteinte d'une affection chronique organique de l'utérus et tourmentée par des douleurs atroces qui, si elles n'étaient atténuées, lui rendraient l'existence intenable, n'ayant pu longtemps supporter la morphine en injection hypodermique, prend journellement, soit en lavement, soit incorporés à des suppositoires, de 4 à 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine, depuis plus d'un an, et cela sans le moindre inconvénient apparent. Elle se tient de la sorte presque constamment à l'abri de la douleur, et sa triste situation est à peu près supportable.

Nous pourrions multiplier ces faits ; mais il suffit de ceux-ci pour montrer les réels avantages de la méthode dont il s'agit. On peut d'ailleurs s'expliquer au moins en partie ces avantages : l'absorption se fait là avec plus de lenteur que dans le tissu cellulaire sous-cutané, et il en résulte que, la dissémination du principe actif dans les localités organiques où il va exercer électivement son action étant moins rapide, les accidents physiologiques de cette action sont ou complétement évités ou certainement atténués. Le procédé usuel, c'est le lavement : il importe de faire intervenir le moins de liquide possible, afin de faciliter la rétention de l'injection intestinale ; un quart au plus de lavement ordinaire suffit ; on y introduit la quantité voulue de la solution titrée de chlorhydrate de morphine ou de narcéine et on amidonne légèrement le liquide. Le suppositoire, avec incorporation de la substance active à une dose exactement déterminée d'avance, est encore d'un plus facile et plus commode usage, surtout chez les enfants, dont il n'est pas possible de faire intervenir la volonté pour la rétention du lavement. Le suppositoire a, de plus, l'avantage de modérer encore plus que le lavement l'absorption du médicament, et de refréner ainsi l'instantanéité dangereuse de ses effets physiologiques.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Réflexions sur le traitement de l'hématocèle de la tunique vaginale ;

Par M. le docteur Tillaux,
agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

L'hématocèle de la tunique vaginale, celle que l'on désigne sous le nom d'*hématocèle spontanée*, présente des difficultés sérieuses dans l'application du traitement, et l'accord n'est pas encore parfait à cet égard parmi les chirurgiens.

Consécutive presque toujours à une hydrocèle et à une vaginalite chronique, cette affection est caractérisée surtout par la présence à la surface interne de la poche sanguine d'une fausse membrane présentant une épaisseur variable, en rapport généralement avec l'âge de la maladie. Cette fausse membrane constitue le principal obstacle au traitement, car ses deux faces n'ont aucune tendance à s'accoler et la maladie résiste absolument au traitement habituel de l'hydrocèle.

Ces deux affections, l'hydrocèle et l'hématocèle de la tunique vaginale, ont entre elles des rapports évidents, c'est-à-dire que la seconde est presque toujours, sinon toujours, précédée par la première, et, chose remarquable, autant l'une est bénigne, autant l'autre est grave. Le fait de la transformation de l'hydrocèle en hématocèle apporte de telles modifications au pronostic, qu'il convertit la plus bénigne des affections chirurgicales en l'une des plus sérieuses. Il en résulte, ce nous semble, une conséquence utile à signaler : puisque l'hydrocèle est une étape obligée de l'hématocèle, n'est-il pas rationnel d'arrêter la maladie dès cette première étape et de l'arrêter le plus vite possible, car un choc, une simple pression peuvent hâter la transformation ?

Il faut donc toujours opérer les hydrocèles. Cette affection étant très-fréquente, la question de l'opération est souvent posée. Or on fait le raisonnement suivant : voici une maladie très-bénigne, absolument indolente, n'entravant en quoi que ce soit (si ce n'est quand elle est très-volumineuse) les fonctions ; à quoi bon pratiquer une opération qui, sans être grave, est parfois fort douloureuse et nécessite le repos complet pendant plusieurs jours ? Ce raisonnement

n'est logique qu'en apparence et le chirurgien ne doit pas hésiter à répondre : L'opération est utile, elle est nécessaire, non pas tant pour guérir l'hydrocèle elle-même que pour éviter sa transformation en hématocèle.

Les ponctions simples, les injections irritantes sont non-seulement inutiles dans le traitement de l'hématocèle spontanée, elles sont encore dangereuses. Il faut mettre en usage, pour obtenir la guérison, des moyens de traitement d'une tout autre gravité, dont les principaux sont la large ouverture de la poche, la décortication et la castration.

Le premier de ces moyens est le plus simple dans l'exécution et paraît à *priori* le moins dangereux ; c'est celui dont il est surtout question dans le livre de Curling. Il consiste à fendre largement la tumeur, à la vider de son contenu et à obtenir l'oblitération successive de la cavité vaginale par des moyens appropriés. Mais la bénignité même relative de ce mode de traitement n'est qu'apparente, et la mort peut en être la conséquence, ainsi qu'il est advenu dans l'observation suivante :

Obs. I. *Hématocèle spontanée de la tunique vaginale gauche; opération par incision simple de la poche; mort.* — Descombes (Joseph), cinquante-six ans, sellier. Entre le 10 juillet. A eu en 1849 une orchite blennorrhagique à la suite de laquelle est survenue une hydrocèle diagnostiquée, il y a douze ans, par M. Ricord. Le malade porte une tumeur régulière, lisse, molle et élastique, qui occupe toute la portion gauche du scrotum ; à la partie inférieure et un peu postérieure on trouve un point qui offre la sensibilité particulière du testicule. Du reste, pas de transparence à la lumière; pas de trouble fonctionnel caractérisé ; mais la tumeur gêne le malade par son volume et le rend ridicule : c'est surtout ce dernier motif qui le décide à entrer à l'hôpital. Le diagnostic porté est : hématocèle spontanée de la tunique vaginale consécutive à une hydrocèle.

Sur la demande du malade, on pratique le mercredi, 16 juillet, une incision de 10 centimètres environ sur la partie antérieure de la tumeur : il en sort à peu près 300 ou 400 grammes d'un liquide couleur chocolat avec quelques grumeaux épars. Les parois de la poche sont très-minces et sur la tranche de l'incision on ne découvre pas la fausse membrane, en sorte que la décortication, à laquelle avait songé d'abord M. Tillaux, n'est pas praticable. On lave à diverses reprises la tunique vaginale, que l'on bourre ensuite de bourdonnets de charpie. La suppuration s'établit régulièrement, lorsque trois jours après l'opération la température monte d'une façon inquiétante. En même temps les accidents généraux d'une fièvre intense se produisent : le malade tombe dans un état de prostration et de

somnolence presque complet, sortant à peine de son coma lorsqu'on l'interpelle vigoureusement. On apprend alors que le malade a des antécédents alcooliques très-caractérisés. On donne tous les jours une potion de Todd. Le scrotum devient le siége d'un gonflement et d'une rougeur érysipélateuse intenses. Les lèvres de la plaie, écartées comme celles d'une large boutonnière, laissent voir la cavité de la tunique vaginale sécrétant un pus épais qui séjourne, malgré de fréquents lavages à l'eau alcoolisée. Le malade, toujours sous l'influence d'un coma profond, meurt le 26 dans la soirée, après avoir vu la température s'élever jusqu'à 41 degrés.

L'autopsie ne peut être faite à cause de la putréfaction avancée du cadavre.

Ce malade n'éprouvait en réalité que de la gêne, son existence n'était nullement compromise par sa tumeur. Il a donc succombé à la suite d'une opération que l'on pourrait appeler presque de complaisance.

La décortication est une très-ingénieuse méthode consistant à détacher la fausse membrane qui seule s'oppose à l'oblitération de la cavité.

L'auteur de cette méthode, M. le professeur Gosselin, en a longuement décrit le mode d'exécution et déterminé les avantages, dont le principal est de conserver le testicule.

La décortication toutefois ne saurait être appliquée qu'aux cas où il existe une fausse membrane épaisse, résistante, susceptible d'être saisie avec des pinces et détachée des couches sous-jacentes. Or il n'en est pas toujours ainsi. Il existe des hématocèles (et les deux cas que nous avons observés cette année dans notre service en fournissent la preuve) dans lesquelles la fausse membrane, mince, peu consistante, très-adhérente, ne se découvre pas nettement sur la tranche de l'incision ; c'est surtout cette espèce d'hématocèle dont le traitement nous paraît embarrassant pour le chirurgien. Lorsqu'on est en présence, en effet, d'une de ces vieilles hématocèles à paroi dure, épaisse de 1 centimètre et plus, la question est posée entre la décortication et la castration et en définitive facile à résoudre. Mais vis-à-vis d'une hématocèle à fausse membrane mince, la décortication n'étant plus possible, on ne peut songer qu'à l'incision de la poche ou à la castration.

Or il est cruel en vérité de proposer la castration, lorsqu'on a quelque chance d'arriver à la guérison par une simple ouverture de la poche, en conservant le testicule. Mais le chirurgien doit être

prévenu aussi que cette opération si simple en apparence de l'ouverture de l'hématocèle peut amener la mort, comme on l'a vu dans l'observation précédente ; en sorte qu'il serait bon de savoir, pour le traitement de l'hématocèle spontanée, laquelle des deux méthodes, castration ou ouverture de la poche, est la plus grave ; car bien qu'*à priori* il semble devoir exister une énorme différence entre les résultats de ces deux méthodes, c'est à l'observation et non au raisonnement qu'il faut s'en rapporter pour juger la question. C'est ainsi que dans l'observation suivante la guérison a été obtenue par la castration.

Obs. II. — Cette observation, très-intéressante à cause de la présence simultanée d'une hématocèle de la tunique vaginale et d'une hydrocèle enkystée spermatique, a été publiée dans la thèse inaugurale du docteur Hue. Nous nous bornons donc à la rappeler ici.

Il s'agit d'un nommé Chotard, ajusteur, âgé de quarante-quatre ans, qui entra dans notre service le 6 mai 1873.

La castration fut pratiquée le 28 mai, et le malade sortait complétement guéri le 15 juillet.

Nous avons donc traité cette année deux hématocèles spontanées de la tunique vaginale : l'une par la castration, il y a eu guérison ; l'autre par incision simple, le malade a succombé.

Il résulte de ce qui précède que, quel que soit le mode de traitement employé contre l'hématocèle, la mort peut en être et eu est assez fréquemment la conséquence. Le chirurgien ne doit donc se décider à intervenir que dans les cas où cela lui paraît indispensable. Car, en définitive, l'hématocèle n'offre par elle-même aucun danger, elle n'est généralement pas douloureuse, mais seulement gênante. Elle est gênante au même degré que certaines grosses hernies contre lesquelles on ne songe pas à intervenir. Notre premier malade se préoccupait de son affection surtout au point de vue plastique. Ainsi donc, d'un côté, maladie très-bénigne quant à sa nature, peu douloureuse ; de l'autre côté, opération toujours très-grave, susceptible d'amener la mort : la conclusion nous semble se tirer d'elle-même.

Nous résumerons ces courtes réflexions en deux propositions :

1° Bien que l'hydrocèle soit une affection d'une extrême bénignité, il faut toujours proposer au malade le traitement curatif, car ce traitement, qui n'offre aucun danger, s'opposera à la production de l'hématocèle ;

2° Lorsqu'une hématocèle de la tunique vaginale ne constitue pas une véritable entrave à l'existence, on doit proposer les moyens palliatifs et ne pas opérer.

CHIMIE ET PHARMACIE

Des nouvelles méthodes de dosage de l'urée (1);

Par M. le docteur E. Hardy.

L'hypochlorite de soude ne décompose complétement l'urée qu'à l'aide de la chaleur ; l'hypobromite de soude récemment préparé agit à froid. Knop a découvert cette réaction et s'en est servi comme moyen de dosage ; sa méthode a été perfectionnée par Huefner, employée par M. Yvon (*Bull. de Thérap.*, t. LXXXIV, p. 449, 1873), puis par M. Regnard et par M. Esbach.

L'apparcil de M. Huefner se compose d'un tube de verre placé verticalement, portant un robinet en verre au quart de sa hauteur, de manière à diviser le tube en deux parties d'inégale longueur. Le tube est fermé à l'extrémité inférieure de la courte portion, laquelle forme donc une petite chambre parfaitement close quand le robinet est fermé. Sur l'ouverture de la longue portion, en haut par conséquent, et à l'extérieur, on fixe, à l'aide d'un bouchon de caoutchouc, une petite cuve en verre portant en dessous une ouverture dans laquelle entre le tube inférieur.

Voici maintenant la manière d'opérer. A l'aide d'un entonnoir allongé on remplit d'urine la cuve inférieure, d'eau et d'hypobromite la longue portion du tube, d'eau salée la cuvette et l'éprouvette graduée; de plus, on fixe l'éprouvette sur l'extrémité du tube qui pénètre dans la cuve. Cela fait, on ouvre le robinet inférieur : le mélange de l'hypobromite et de l'urine se fait peu à peu à cause de la différence de densité des liquides. Le gaz se dégage et se rassemble dans l'éprouvette graduée. Après quelque temps on n'a plus qu'à mesurer le volume de l'azote qui s'est dégagé et à en déduire le poids de l'urée.

---

(1) Suite et fin. Voir le numéro du 15 décembre.

M. Regnard se sert d'un tube en U, à concavité inférieure, dont les branches se recourbent horizontalement aux extrémités. De chaque côté, sur chacune des branches horizontales, se trouve une boule, et enfin le tube se relève verticalement aux deux extrémités. Par les branches verticales on introduit, d'un côté 5 ou 6 centimètres d'hypobromite dans une des boules, dans l'autre 2 centimètres cubes d'urine. Le tube en U empêche le mélange. A l'aide d'un tube en caoutchouc on met une extrémité en communication avec la partie supérieure d'une cloche graduée plongeant dans une éprouvette remplie d'eau. On ferme l'autre avec un bouchon percé d'un trou que traverse et ferme une baguette de verre. En enfonçant les bouchons, l'air refoulé dans la cloche change le niveau du liquide et du zéro. On soulève la tige de verre suffisamment pour diminuer la pression dans l'appareil et ramener à un affleurement exact du zéro. On soulève alors l'appareil de manière à faire arriver l'hypobromite sur l'urine; la décomposition a lieu immédiatement, le gaz se dégage et passe dans la cloche. On n'a plus qu'à soulever suffisamment celle-ci pour que le gaz et l'eau ambiante soient au même niveau et à lire sur la cloche le volume de l'azote.

On sait que 1 centimètre cube d'azote répond, à zéro et à 0,760, à 2,623 d'urée, ou, à 15 degrés, à 2,562 d'urée. Il suffira donc de multiplier ce poids par le nombre de divisions marquées sur la cloche pour avoir la quantité d'urée contenue dans les 2 centimètres cubes essayés. Pour obtenir la quantité par litre, il faudra en multiplier le résultat par 500, puisqu'il y a 500 fois 2 centimètres cubes dans 1 litre.

Afin d'éviter les calculs on peut inscrire sur la graduation du tube les poids d'urée correspondant à chaque volume d'azote. En multipliant 2,562 par chaque chiffre de la cloche, puis par 500, on aura en regard de chaque division le nombre correspondant de grammes d'urée contenus dans un litre.

M. Esbach emploie aussi l'hypobromite de soude, mais sa méthode repose sur un principe différent; elle ne demande pour instrument qu'un tube de verre divisé, fermé par un bout. On verse dans le tube 6 centimètres cubes environ de la solution d'hypobromite de soude, on ajoute par-dessus une couche d'eau, laquelle, vu sa moindre densité, reste à la partie supérieure du tube sans se mêler à l'hypobromite; on lit sur la division du tube le niveau du

liquide ; on ajoute 1 centimètre cube de l'urine à étudier mesurée à l'aide d'une pipette. Le volume du liquide est donc alors égal au volume initial, plus 1 centimètre cube. On bouche immédiatement le tube avec le doigt, soit seul, soit préalablement recouvert d'un doigtier de caoutchouc qui permet une adhérence plus intime, et on agite fortement. Quand il ne se dégage plus de gaz, on plonge l'extrémité ouverte du tube dans un vase plein d'eau et on soulève le doigt. Le gaz qui s'est formé dans le tube refoule un volume d'eau égal au sien. On ferme de nouveau le tube avec le doigt et on le renverse de manière à mettre en bas l'extrémité fermée, on lit le niveau du liquide. La différence entre la hauteur du liquide à la première et à la seconde lecture est égale à celle de l'azote dégagé. Il n'y a qu'à ramener ce volume à la pression de 0,760 et à zéro, à multiplier le chiffre trouvé par 1 000 et à diviser par 37 pour avoir en décigrammes le poids d'urée contenu dans 1 litre de liquide. On sait en effet que 1 décigramme d'urée à zéro et à 0,76 dégage 37 centimètres cubes d'azote par l'emploi de l'hypobromite de soude.

Tous les procédés sont sujets à la même erreur : l'hypobromite de soude décompose non-seulement l'urée, mais aussi la créatine et les urates. Pour une recherche exacte il faut enlever d'abord la créatine par le chlorure de zinc en solution alcoolique, les urates par le sous-acétate de plomb, puis on précipite l'excès de ce dernier par du carbonate de soude ; on dose ensuite l'urée dans le liquide filtré.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Polype muqueux du voile du palais ; récidives rapides après l'excision et l'ablation ; applications caustiques divers sans succès ; injection interstitielle d'acide acétique ; guérison.

Monsieur le Rédacteur,

Vous jugerez mieux que moi si l'observation que je vous adresse mérite, comme il m'a semblé, les honneurs de la publicité. Obligé de limiter mes recherches bibliographiques aux trop courts horizons de ma bibliothèque personnelle, je n'ai pu vérifier si

d'autres faits semblables quant au siége de la maladie avaient été publiés, ni si le traitement auquel j'ai dû le succès avait été employé déjà dans des cas comparables.

Voici le fait :

Le 10 mars 1873, M. Albert T***, avocat, jeune homme d'une trentaine d'années, lymphatico-sanguin, robuste et d'une très-bonne santé habituelle, venait me consulter pour une petite tumeur qu'il portait à la voûte palatine. Je constatai en effet, en examinant cette région, une petite tumeur d'un rose vif, de consistance molle, non pulsatile, de forme à peu près régulièrement hémisphérique, de 10 à 12 millimètres de diamètre, implantée par un pédicule large et très-court au point d'union du voile du palais avec le palais lui-même, immédiatement à gauche de la ligne médiane. M. T*** me dit qu'il ne s'était aperçu de l'existence de cette tumeur que depuis trois ou quatre semaines environ ; qu'elle était alors très-petite et lenticulaire. Elle s'était depuis lors accrue rapidement, devenant, de plus, incommode par la gêne qu'elle causait dans l'acte de la déglutition et dans celui de la parole, par la sensation continuelle de corps étranger et de besoin d'avaler qu'elle produisait, enfin par les hémorrhagies abondantes auxquelles elle avait à plusieurs reprises donné lieu. Ces hémorrhagies se produisaient principalement à la suite des repas. Pendant leur durée et surtout pendant les heures qui suivaient, la tumeur devenait moins volumineuse et plus flasque ; mais elle ne tardait pas à reprendre son volume et sa tension accoutumés.

Il n'a pas été possible à M. T*** de retrouver dans ses souvenirs aucune particularité et spécialement aucun traumatisme qu'il fût possible de considérer comme ayant été la cause ou le point de départ de cette tumeur.

L'abondance des hémorrhagies et l'évidente richesse vasculaire de la tumeur me décidèrent à préférer à un mode quelconque d'ablation l'emploi d'applications caustiques répétées, au moyen desquelles j'espérais amener progressivement le flétrissement du polype et son atrophie. J'employai dans ce but une solution concentrée d'acide chromique que je portai quatre fois, à vingt-quatre heures d'intervalle, au moyen d'un pinceau, sur la tumeur.

Celle-ci n'en fut nullement modifiée dans sa forme et son volume, et, jugeant l'épreuve suffisante, je me décidai à faire l'excision au moyen de ciseaux courbes sur le plat. Cette petite opération, pratiquée le 15 mars, fut extrêmement simple. L'hémorrhagie qui la suivit, moins abondante que je ne m'y étais attendu, fut assez aisément arrêtée par l'application momentanée d'un petit tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer.

Est-il besoin de dire qu'après l'excision la tumeur, vidée du sang qu'elle contenait, se trouva réduite à un très-petit volume, ayant l'aspect d'un mince fragment de muqueuse œdématiée ?

Je m'étais flatté que cette opération débarrasserait mon client, sinon d'une façon définitive, du moins pour un temps assez long ; il n'en fut rien. Moins de trois semaines après, le 2 avril, M. T*** revenait me trouver et me prier de le délivrer de nouveau de sa tumeur à laquelle ce temps si court avait suffi pour se reproduire avec la même forme, le même volume et le même aspect qu'elle offrait au moment où je l'avais excisée. Cette fois je donnai la préférence à l'arrachement, que je pratiquai sans difficulté au moyen d'une pince à pansement. L'hémorrhagie fut très-modérée et quelques gorgées d'eau vinaigrée en gargarisme suffirent à la faire cesser.

Huit jours après, la tumeur s'était déjà reproduite et avait presque recouvré son ancien volume. Un peu découragé des divers modes d'ablation, j'engageai M. T*** à tenter de nouveau d'obtenir l'atrophie du polype par des applications très-fréquentes d'un liquide fortement astringent, tel que l'acide phénique. Malgré l'incommodité très-grande résultant de l'impossibilité d'empêcher l'acide de couler sur la muqueuse du voile du palais où il produisait une sensation de brûlure et de sécheresse très-pénible, le malade eut la persévérance de porter sur la tumeur un pinceau chargé de cet acide non dilué, jusqu'à quatre fois par jour pendant environ trois semaines. Il ne réussit ainsi qu'à éviter le retour des hémorrhagies et à empêcher l'accroissement du polype, nullement à en obtenir la diminution. A plusieurs reprises il put constater qu'une suspension de ce traitement pendant dix-huit heures suffisait pour qu'il se produisît une augmentation appréciable de volume.

Fatigué des inconvénients produits par l'acide phénique sur la muqueuse du voile, M. T*** me demanda de pratiquer de nouveau l'ablation de la tumeur, ce que je fis avec les ciseaux courbes le 12 mai. L'hémorrhagie fut, cette fois encore, facilement arrêtée par le gargarisme vinaigré ; mais bien que j'eusse mis tous mes soins à exciser profondément le pédicule de façon à n'en rien laisser subsister, s'il était possible, le succès fut encore de plus courte durée qu'après les opérations précédentes. Huit jours à peine après, le 19 mai, M. T*** venait de nouveau réclamer mon intervention, le polype étant déjà redevenu aussi volumineux et plus incommode que jamais.

Je dois avouer que je me voyais à bout de ressources, ne sachant à quel procédé opératoire me vouer. J'avais en vain consulté les divers traités de chirurgie ainsi que les dictionnaires et journaux de médecine que j'avais à ma disposition : pas un mot des polypes muqueux de la voûte palatine dans aucun d'eux, et quant au traitement des polypes muqueux en général, tous, en fin de compte, se bornaient à préconiser les divers modes d'ablation : excision, arrachement, ligature, écrasement, galvanocaustie. Deux de ces procédés avaient été déjà employés sans succès ; la ligature et l'écrasement qu'eussent rendus très-malaisés le peu de longueur et la gros-

seur du pédicule jointes à la souplesse de la tumeur, ne me semblaient pas d'ailleurs devoir m'assurer mieux contre la repullulation ; quant à l'ablation au moyen du galvanocaustique, je n'avais pas à ma disposition l'appareil nécessaire pour l'essayer.

Il fallait cependant trouver un moyen d'action : je proposai la destruction de la tumeur par le fer rouge, mais la répugnance absolue de mon client pour cette opération m'obligea à chercher quelque autre moyen. J'ose à peine avouer comment me vint celui que je me décidai à essayer, tant est scientifiquement misérable le rapprochement qui m'y conduisit. J'avais eu plusieurs fois l'occasion de constater la guérison de verrues des mains obtenue par un moyen empiriquement employé assez souvent en Bourbonnais, et qui consiste en des applications de vinaigre fort, additionné ou non de jus de citron. « Si l'acide acétique, me dis-je, arrête ainsi la reproduction excessive de l'épiderme, qui sait s'il n'entraverait pas aussi la reproduction du tissu qui constitue le polype auquel j'ai à faire? » J'étais loin assurément de me dissimuler le peu de valeur d'une déduction aussi fantaisiste. Toutefois, faute de mieux, et jugeant d'ailleurs inoffensif l'essai que je me proposais, je chargeai d'acide acétique ordinaire une seringue d'Anel, et, ayant introduit la canule dans la tumeur en en déchirant la surface, j'y injectai une goutte d'acide. La douleur fut très-aiguë, mais de courte durée. Il ne sortit pas une goutte de sang. Je priai M. T***, afin de mieux juger de la valeur du procédé, de s'abstenir de tout autre traitement jusqu'à nouvel ordre.

Le lendemain j'eus la satisfaction de constater un affaissement considérable de la tumeur, qui ne faisait plus qu'un faible relief aplati et comme ridé. Ce retrait continua les jours suivants, et le 28 mai le polype avait complétement disparu, sauf sur un point très-restreint, où subsistait une petite saillie de la grosseur d'une lentille tout au plus. Sur les instances du malade, je pratiquai dans celle-ci une nouvelle injection d'une demi-goutte d'acide acétique. La douleur cette fois fut beaucoup moindre. Trois jours après non-seulement la saillie était complétement aplanie, mais à la place de la tumeur se voyait une légère dépression qui, d'ailleurs, ne persista pas et disparut au bout de quelques jours.

J'ai revu M. T*** il y a quelques semaines, cinq mois environ après l'injection d'acide acétique. La guérison s'était parfaitement maintenue et il était absolument impossible de deviner par l'inspection de la bouche la place qu'avait occupée la tumeur.

L'idée de traiter les polypes muqueux par l'acide acétique est-elle aussi nouvelle dans la science qu'elle l'était pour moi? Je l'ignore et je regrette de n'être pas en situation de le vérifier. J'ai le souvenir assez confus de tentatives faites à l'Hôtel-Dieu, je crois, dans le service du regretté professeur Laugier, dans le but d'obtenir au

moyen d'injections interstitielles d'acide acétique, la régression de tumeurs épithéliales. Ces tentatives, si j'ai bonne mémoire, n'ont donné, après quelques espérances, que des résultats négatifs. Mais ce qui a échoué dans ces tumeurs malignes ne pourrait-il pas trouver son emploi dans des tumeurs d'un autre ordre ? C'est ce que porterait à supposer l'observation que je viens de rapporter. Ces injections seraient-elles fructueusement appliquées au traitement des polypes muqueux en général et en préviendraient-elles la récidive ? Je me garderai bien de rien préjuger à cet égard. Le fait que je vous livre ne vaut pour moi que ce que valent en thérapeutique les résultats empiriquement obtenus, tant qu'ils sont isolés. Ils peuvent servir de point de départ à de nouvelles expérimentations et c'est à celles-ci qu'il appartient d'établir la valeur ou l'inanité de la médication nouvelle, de la nouvelle opération. C'est là tout, mais encore est-ce bien quelque chose?

Dr F. Méplain,
Médecin adjoint de l'hôpital Saint-Joseph, à Moulins.

Novembre 1873.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des sections nerveuses, par M. Letiévant, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, chef des travaux anatomiques, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Lyon. Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'important ouvrage de M. Letiévant comprend trois parties distinctes : la première est une étude de physiologie pathologique des sections nerveuses chez l'homme ; la deuxième concerne les indications des sections nerveuses dans les maladies ; la troisième est consacrée aux procédés opératoires de névrotomie.

La physiologie pathologique est consacrée à l'étude des sections du nerf médian, des nerfs radial, cubital, de quelques autres nerfs, de ceux de la face en particulier.

On se rappelle l'éclat que Laugier donna à un fait de suture du nerf médian pratiquée dans son service en juin 1864. Il le présenta comme un exemple de réunion immédiate des nerfs, et formula à l'Institut cette conclusion que, «après la suture d'un nerf

coupé, la sensibilité et les mouvements des parties auxquelles il se distribue, peuvent se rétablir d'une manière très-notable en un petit nombre d'heures. » Nous critiquâmes nous-même cette observation en 1866, et indiquâmes comme une cause d'erreur dans l'examen de la sensibilité, l'ébranlement causé sur les nerfs collatéraux voisins par une exploration trop peu ménagée. Le retour rapide de la sensibilité après la section d'un nerf fut expliqué par les anastomoses avec des nerfs voisins, explication très-rationnelle, surtout en ce qui concerne la main et les doigts.

Quant au retour tardif de la sensibilité et de la motilité, la théorie wallérienne de la dégénération et régénération des tubes nerveux en rend suffisamment compte.

M. Letiévant a pour but principal, dans cette première partie, de démontrer les deux propositions suivantes :

1° Malgré la section d'un nerf, il reste toujours dans sa région de la sensibilité quand la division a porté sur un nerf sensitif, de la motilité, si c'est sur un nerf moteur ; l'une et l'autre de ces fonctions s'il s'agit d'un nerf mixte ;

2° Les fonctions motrices et sensitives, considérablement amoindries, résultent de l'intervention d'agents étrangers au nerf sectionné : muscles, anastomoses, papilles nerveuses.

C'est ce que M. Letiévant désigne sous le nom de *loi des suppléances sensitivo-motrices*.

Lorsque cette suppléance ne se produit pas immédiatement après la section d'un nerf, l'auteur en trouve la cause dans une sorte de stupeur locale.

Le fait énoncé par M. Letiévant est incontestable, et, de plus, le retour de la sensibilité et de la motilité n'est pas le résultat d'une réunion immédiate, comme l'avait cru Laugier. Lors donc que ce retour se produit, puisque le tronc nerveux coupé ne peut plus être l'agent de transmission, il faut bien qu'un tronc nerveux voisin y supplée. Nous croyons qu'on a toujours pensé ainsi et nous ne voyons pas trop comment on pourrait raisonner autrement. Il nous semble, en conséquence, que dire suppléance sensitivo-motrice à la suite des sections nerveuses n'est autre chose que d'énoncer le fait observé.

Ce chapitre est d'ailleurs remarquable par la richesse et l'interprétation judicieuse des faits qui y sont contenus.

La seconde partie du livre comprend l'étude de la névrotomie

dans les cas pathologiques. Nous trouvons la névrotomie appliquée au traitement des névralgies, du tétanos, de l'épilepsie, des contractures, etc.

A propos de cette dernière affection, nous rappellerons un fait très-remarquable publié l'année passée dans le *Bulletin de Thérapeutique*, et qui rentrait bien dans le sujet de l'auteur.

C'était une jeune fille atteinte d'un double blépharospasme qui résista pendant plusieurs mois à tous les traitements. De guerre lasse nous pratiquâmes la section sous-cutanée des deux nerfs sus-orbitaires, et la guérison fut instantanée.

La troisième partie du livre de M. Letiévant est un véritable traité de médecine opératoire. Après quelques considérations générales sur les opérations des nerfs, l'auteur étudie les procédés de névrotomie pour chaque nerf en particulier avec beaucoup de méthode et de précision.

Au total, le *Traité des sections nerveuses* est fort remarquable. L'auteur y a accumulé une quantité énorme de matériaux, les a soigneusement disposés, en a très-judicieusement discuté la valeur. —Nous devons être très-reconnaissants envers M. Letiévant d'avoir entrepris une aussi lourde tâche et de l'avoir menée à bonne fin.

Ajoutons, en terminant, que le livre est édité avec un véritable luxe, et qu'il est orné de planches aussi simples que démonstratives.

Dr Tillaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par M. T. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, officier de la Légion d'honneur, etc.; 1 vol. in-8°, avec 34 figures intercalées dans le texte. J.-B. Baillière et fils.

Dès les premières pages de cet ouvrage, on sent qu'on va marcher sur un terrain solide, et que l'auteur, notre très-honorable confrère M. Gallard, a en quelque sorte *fait* son livre avant de l'écrire. Elève du savant et modeste Hugnier, qui, s'il ne fut un homme de génie, en eut au moins la patience, il a appris, à cette école austère, l'observation exacte, l'observation laborieuse, qui dans la maladie une fois constituée ne laisse échapper aucun des phénomènes qui la traduisent, aucun des détails statiques qui appar-

tiennent au *compages* organique qui en est le siége. L'honorable et scrupuleux médecin de la Pitié semble craindre qu'au titre de son livre, quelques lecteurs ne le placent dans la foule un peu mêlée des spécialistes ; il s'en défend presque comme d'une injure, il ne veut pas qu'on le compte au nombre des gynécologistes : il ne veut appartenir au gynécée à aucun prix. Il nous plaît de signaler au lecteur ce scrupule d'une dignité ombrageuse, d'abord parce qu'elle honore celui qui montre une si délicate pudeur, et ensuite parce qu'elle promet à l'avance à ceux auxquels ce livre s'adresse qu'il les conduira toujours dans le droit chemin.

Après d'assez longs prolégomènes sur l'anatomie de l'appareil dont on va étudier les maladies, sur les diverses méthodes d'exploration applicables à ces maladies, l'exploration hypogastrique, le toucher, l'application du spéculum, dont les meilleurs, à son gré, sont ceux de MM. Ricord et Cusco, le cathétérisme utérin, le savant médecin de la Pitié traite successivement de la métrite simple parenchymateuse aigue, de la métrite interne ou muqueuse aiguë, de la métrite chronique, de l'allongement hypertrophique sus-vaginal du col de l'utérus, des tumeurs fibreuses ou myomes, du cancer de l'organe, de l'hématocèle péri-utérine, et enfin de l'ovarite. Sur la plupart de ces graves et intéressants sujets, nous croyons pouvoir dire que l'auteur n'a pas laissé la question tout à fait au point où il l'a trouvée. Non qu'on trouve nulle part, dans ces pages élégamment écrites, quelqu'une de ces vues profondes, originales, qui illuminent tout un côté de la science et lui impriment un progrès qui s'impose à tous; mais, si M. Gallard ne s'est point élevé à cette hauteur, comme il n'en a pas non plus la prétention, il est incontestable, suivant nous, qu'en serrant de plus près les questions, qu'en soumettant certaines lésions à la coupelle d'une observation plus approfondie, en soumettant à une critique rigoureuse quelques vues qui ont pu faire illusion d'abord, notre laborieux confrère est arrivé à quelques données positives qui peuvent servir utilement la pratique, soit qu'il s'agisse du diagnostic des maladies, soit qu'il s'agisse de la thérapeutique qui semble devoir être la plus efficace.

Dans le cercle restreint des maladies dont il traite, et que nous avons indiquées tout à l'heure, il en est deux surtout où cet éloge nous paraît trouver une complète justification : ce sont la métrite chronique et l'ovarite. Quels efforts n'a-t-on pas faits, en quelles subtilités ne s'est-on pas égaré pour convertir en entités distinctes,

dans la métrite chronique, des lésions dont l'unité pathogénique est évidente! Dans la pensée du savant médecin de la Pitié, la congestion, l'engorgement, l'induration, les granulations, les ulcérations, l'aménorrhée, la dysménorrhée, etc., ne sont que des phases diverses d'un même état morbide initial, l'inflammation. Mais est-ce à dire qu'à tous les instants de ce processus, un dans sa nature, à son point de départ, il faille opposer la même hygiène et la même thérapeutique? L'auteur, se séparant ici de la conception de Broussais, à laquelle il ne paraît pas même songer, et de la pathologie cellulaire de Virchow, qui l'a en partie rééditée sous une forme plus cherchée, arrive sur ce point à des conclusions quelque peu différentes. Pour s'édifier à cet égard, il faut lire et méditer l'ouvrage du médecin très-distingué de la Pitié. De même que toutes les phases de cet état morbide complexe sont analysées dans leurs diverses manifestations anatomiques et sont montrées sous les diverses formes de leur symptomatologie, ainsi à chaque étape de la lésion est recherchée et discutée la thérapeutique qui peut lui être le plus efficacement opposée. La conception doctrinale de l'auteur reste toujours la lumière à la faveur de laquelle il juge théoriquement les choses ; mais il demande à l'expérience clinique, à laquelle appartient nécessairement le dernier mot en de telles questions, tous les enseignements que la science, alors même qu'elle s'égarait, a accumulés dans ses annales séculaires. C'est ainsi que, tout en maintenant le point de départ phlegmasique des altérations si variées de texture que montre à l'observation attentive la métrite chronique, soit la métrite interne, soit la métrite externe, quand ces altérations se présentent sous certaines formes, en coexistence, comme il arrive presque toujours, avec un état évident de dépression de l'organisme, il agit, soit en s'attaquant directement à la lésion locale, soit en cherchant à modifier celle-ci indirectement, en imprimant à l'organisme des modifications où l'on ne tient nul compte de la nature du mal au point de départ de son évolution primitive. En cela, M. Gallard regarde surtout l'état général, qui est ici, comme ailleurs, ce qui individualise surtout les malades. Quant à la lésion locale, il est évident qu'à certaines de ces phases, elle relève directement de médications topiques qui ne visent en aucune façon la nature primitive du mal, et que ces médications ont toutes pour but, s'il se peut, d'opposer des *altérants* locaux, si nous pouvons ainsi dire, en prenant ce mot dans son sens étymologique, aux

lésions plus ou moins profondes qui constituent le traumatisme.

L'ovarite, en ses diverses formes, est également traitée, dans le livre du savant médecin de la Pitié, avec une excellente méthode : le praticien judicieux, consommé s'y montre à chaque page. Se fondant sur l'état d'anémie de l'ovaire, constaté par Bischoff, pendant la gestation, et aussi sur le fait bien constaté d'inflammations péri-utérines anciennes guéries, ou tout au moins améliorées par une grossesse intercurrente, notre judicieux confrère se demande si le mariage, dans ce cas, ne pourrait pas être utilement conseillé pour mettre fin à des congestions ovariques périodiques, qui, outre les douleurs qu'elles entraînent, peuvent occasionner des accidents de toutes sortes. Nous imiterons ici la prudente réserve du médecin de la Pitié, en nous contentant de placer au bout de cette question un point d'interrogation.

Qu'on me permette de revenir un instant au traitement de la métrite chronique ; il y a là un enseignement à la fois médical et extra-médical dont je veux faire bénéficier de suite les lecteurs de ce journal. Une des médications les plus efficaces contre cette maladie est sans contredit l'hydrothérapie, et les bains de mer à la lame d'une durée de quelques minutes seulement. Cette médication, paraît-il, n'a point obtenu l'assentiment de MM. Virchow et de Scanzoni. Mais savez-vous pourquoi ? Ecoutez l'honnête et calme médecin de la Pitié, vous allez être édifiés tout de suite : « On pourrait s'étonner, dit-il, de voir ces deux savants physiologistes s'arrêter ainsi à la première partie du phénomène (refoulement momentané du sang de la périphérie à l'intérieur), sans vouloir tenir compte de la seconde (la réaction), qui est certainement la plus importante, si l'on ne trouvait le motif de cette aberration dans le désir, bien naturel pour des Allemands, toujours calculateurs, de faire proscrire, en même temps que les affusions froides, les bains de mer auxquels s'adressent les mêmes reproches. Nos confrères prussiens ont en effet parfaitement compris que, si les bains de mer sont reconnus utiles, ce n'est pas sur les plages de la Baltique ou de la mer du Nord que l'on ira les prendre de préférence, et c'est pourquoi ils ont décidé qu'ils doivent être considérés comme nuisibles. » Je vous laisse, amis lecteurs, sous cette impression : pour moi, j'estime qu'il n'y a rien de trop risqué dans ce diagnostic psychologique.

D[r] Max Simon.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière, par M. S. Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre correspondant de l'Académie des sciences de Lisbonne, de l'Académie de médecine de Belgique, de l'Académie de médecine de Rio-Janeiro, des sociétés médicales de Bruxelles, Clermont-Ferrand, Copenhague, Vienne, etc., etc.; ouvrage accompagné de 10 planches en chromolithographie ; 1 vol. in-8°. Ad. Delahaye, éditeur.

Ce que nous louerons tout d'abord, et sans restriction, en tant que tendance pratique générale au moins, dans le nouvel ouvrage de l'éminent médecin de l'hôpital Lariboisière, c'est la large part qu'il y fait à la thérapeutique active dans les maladies qui l'appellent, et dont il se plaît à préciser les formules avec un soin qui témoigne de sa confiance dans l'art, et qui l'inspire à ses lecteurs.

M. Jaccoud, dans un rapide et sommaire prolégomène dont il a fait précéder la première leçon, établit que dans tous ses travaux il donne pour base à la logique qui y préside deux principes fondamentaux : l'analyse des phénomènes pathologiques, et un libéral cosmopolitisme qui lui interdit de demander son passe-port à une idée avant de l'admettre. Qui donc aujourd'hui l'entendrait autrement? Pour nous, s'il peut nous être permis de parler de nous-même, nous gardant bien de faire de la science une science de clocher, nous accepterons toujours, à l'exemple du savant agrégé de la Faculté, les doctrines qui viennent d'ailleurs quand elles nous paraîtront frappées au coin d'une saine observation.

Mais allons maintenant droit au vif de l'œuvre, à la thérapeutique surtout qui s'y formule avec tant de précision, et qui nous a tout d'abord arraché un éloge sur lequel nous insisterions volontiers.

Les maladies dont traite avec plus ou moins de développement le médecin de l'hôpital Lariboisière dans les trente et une leçons qui composent le volume dont nous parlons, sont le syndrôme encore incomplétement défini que Trousseau et M. Broca ont décrit sous le nom d'*adénie* et auquel l'auteur substitue la dénomination plus compréhensive de *diathèse lymphogène*, l'alalie ou l'aphasie poursuivie dans ses diverses formes, l'hémiplegie, la chorée et les spasmes rhythmiques, la tuberculose et les phthisies pulmonaires, le cancer du poumon, l'hypertrophie parenchymateuse du foie, l'atrophie du même organe, les kystes hydatiques du foie, les entozoaires de l'encéphale, la lithiase biliaire, l'éclampsie et l'urémie, l'érysipèle

de la face ; enfin trois leçons, presque exclusivement thérapeutiques, y sont consacrées au traitement de la fièvre typhoïde et à la médication lactée, que MM. Fonssagrives et Dechambre ont en quelque sorte mise à l'ordre du jour, comme nous l'avons dit déjà, dans un des derniers volumes du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Nous nous contenterons de quelques brèves remarques sur les principales leçons, remarques qui suffiront, nous en avons la ferme espérance, pour éveiller dans l'esprit des lecteurs de ce journal le désir de puiser à la source même les nombreux et lumineux enseignements qui en sortent presque à chaque page.

Plusieurs, les jeunes médecins surtout, malgré les travaux de MM. Lancereaux et Gros, et ceux un peu moins sévères, mais pourtant pleins d'enseignements, de l'auteur des métamorphoses de la syphilis, M. Yvaren, plusieurs, disons-nous, oublient, en face de manifestations cérébrales graves, que, dans des cas qui ne sont pas très-rares, certaines de ces manifestations, aux allures caractéristiques, sont l'effet, à plus ou moins longue échéance, d'une infection syphilitique de l'organisme, avec détermination unique quelquefois dans l'encéphale ou son prolongement rachidien. Il y a, à cet égard, dans le livre de notre honorable confrère, un certain nombre de faits admirablement analysés, qui nous paraissent appelés à captiver fortement l'attention des praticiens. L'auteur fait sur ce point de pratique une remarque que son importance nous engage à consigner ici même, pour tenir en éveil l'esprit du médecin en face de ces cas scabreux entre tous. « C'est en tout cas, dit-il, une chose grave qu'une syphilis cérébrale, ou cérébro-spinale, et le traitement veut être vigoureusemenf conduit. Je l'ai dit ailleurs, la lésion, pour être syphilitique, n'en agit pas moins comme corps étranger, comme épine irritative ; elle détermine des fluxions, des épanchements séreux, des inflammations de voisinage, ni plus ni moins qu'une tumeur encéphalique quelconque, et ces accidents, qui sont au maximum dans les formes apoplectiques, doivent être combattus par des saignées générales ou locales, ou bien par des drastiques. Lorsque les phénomènes comateux ou congestifs sont dissipés, il faut instituer la médication constitutionnelle, et je vous conseille de recourir, comme je le fais moi-même, au traitement mixte : emploi simultané du mercure et de l'iodure de potassium. » Je dis que c'est là un enseignement précieux que nous rap-

pelle, sous une forme vive et propre à fixer l'attention des plus distraits, l'ouvrage de notre très-savant confrère, et qui méritait d'être consigné ici, où nous avons affaire à des praticiens, qui aiment surtout le grain de mil du *coq positiviste* de Lafontaine.

On se souvient peut-être que, quand la question de la localisation de l'aphasie fut soulevée, le médecin de Lariboisière se distingua entre tous par la façon lucide dont il traita cette symptomatologie délicate. Aujourd'hui, l'auteur admettant la fréquence de la lésion qui commande l'aphasie dans la région frontale et insulaire, croit avoir trouvé le mot de l'énigme. Mais ce mot, cherchez-le dans le livre lui-même, car pour vous le traduire le plus sommairement possible, il me faudrait dépasser de beaucoup les limites dans lesquelles je dois me renfermer.

La tuberculose et les phthisies pulmonaires sont également l'objet de plusieurs et substantielles leçons que nous ne pouvons qu'indiquer du doigt. Pour ceux qui sont au courant de cette question complexe, rien que ce titre indique que, pour notre auteur, s'inspirant ici de Niemeyer surtout, la tuberculose et la phthisie ne sont pas une seule et identique maladie. Pour moi, sans m'inquiéter trop de distinctions que le microscope autorise, j'avoue que j'inclinerais, sur ce point, à accepter la conception plus large qu'exposait naguère dans sa phthisiologie notre éminent confrère et ami M. Pidoux, et dans laquelle, tout en reconnaissant la distinction des lésions histologiques, il les ramène à l'identité, en tant qu'expression une et diverse de la rétrogradation des éléments de rénovation nutritive. Quoi qu'il en soit à cet égard, les leçons relatives à cette question méritent d'être méditées : l'auteur s'y révèle comme un praticien de premier ordre : nous appelons surtout l'attention du lecteur sur la méthode prophylactique, qu'il appelle méthode d'endurcissement, si fort usitée, en une certaine époque au moins, en Angleterre.

Mais nulle part M. Jaccoud ne se montre un thérapeutiste plus résolu que dans le traitement de la fièvre typhoïde. Pour lui, il y a trois indications fondamentales à remplir dans cette maladie; ces indications, les voici : 1° soutenir les forces du malade pour qu'il puisse résister à l'adynamie; 2° diminuer la calorification, afin d'en prévenir les fâcheux effets sur l'organisme ; 3° restreindre les altérations broncho-pulmonaires, afin d'assurer une hématose suffisante. Les moyens de remplir ces indications, on les prévoit, mais

il faut en lire les détails dans l'ouvrage même pour bien se pénétrer de la pratique qu'elles commandent. Nous ne risquerons sur ce point qu'une remarque. C'est surtout la pratique nosocomiale qui a conduit le médecin de l'hôpital Lariboisière à formuler ce traitement énergique ; mais quand l'autophagie qu'entraîne une diète plus modérée s'exerce sur des malades mieux nourris, moins déprimés que les hôtes malheureux de nos services hospitaliers, offre-t-elle les mêmes dangers, commande-t-elle immédiatement un si substantiel ravitaillement ? Ce point d'interrogation posé, je signalerai en finissant comme une des meilleures, parmi les excellentes leçons dont se compose le livre de notre éminent confrère, la dernière de ces leçons, celle qui traite de la médication lactée. Ici tout est à lire la plume à la main, car il s'agit presque de miracles opérés par cette médication puissante, quand elle est maniée par une main habile, et qu'elle tombe d'aplomb sur une maladie qui l'appelle.

Dr Max Simon.

De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie, par M. J.-N. Demarquay, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc. Paris, 1873. J.-B. Baillière et fils.

La question de la régénération des organes et des tissus a préoccupé les savants et les naturalistes de tous les temps ; depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, il n'est, pour ainsi dire, pas d'hommes, s'occupant des sciences naturelles, qui n'aient, sous une forme ou sous une autre, étudié ce fait intéressant.

Mais les nombreux documents recueillis à ce sujet par les observateurs étaient épars dans les archives de la science, et personne, jusqu'à notre époque, n'avait encore songé à les réunir, à les coordonner, à les soumettre à une analyse sévère, à un contrôle rigoureux ; personne surtout n'avait eu l'idée de se baser sur les faits de régénération observés dans toute la série animale pour en déduire des applications profitables à la pathologie humaine.

On conçoit aisément que la beauté, l'étendue d'un tel sujet et par-dessus tout son utilité pratique, aient pu tenter un physiologiste expérimentateur, ingénieux et exercé, comme M. le docteur Demarquay : chirurgien habile, esprit philosophique, érudit de bon aloi, il

réunissait toutes les conditions nécessaires pour doter la science d'un ouvrage où l'observation et l'expérimentation devaient prendre une aussi large part.

L'étendue considérable de ce travail ne nous permet pas d'en donner ici une analyse détaillée.

Disons seulement que son auteur, après avoir passé en revue toutes les opinions émises chez les anciens et chez les modernes sur la régénération, examine ensuite ce phénomène dans toute la série animale, depuis le plus humble polype jusqu'aux vertébrés les plus rapprochés de nous.

En ce qui concerne plus directement la physiologie et la pathologie humaines, on remarquera dans ce traité l'article sur la régénération de l'épithélium et la greffe épidermique; une étude complète sur la régénération dans les plaies en général et en particulier dans les tissus musculaires et nerveux.

La régénération des os, des cartilages et des articulations, qui intéresse à un si haut degré la chirurgie conservatrice, trouve également une bonne place dans cet ouvrage. Mais la partie la plus magistralement traitée est sans contredit celle où l'auteur étudie le fait si intéressant de la régénération des tendons : il en énumère tous les modes connus et décrits par ses prédécesseurs, ainsi que le résultat de ses recherches personnelles chez les animaux et chez l'homme. De superbes planches chromolithographiques et des gravures de coupes microscopiques complètent ce que la description des phénomènes observés pourrait laisser de douteux dans l'esprit du lecteur.

Le dernier chapitre est consacré à l'étude des principales conditions qui favorisent ou empêchent les régénérations.

Disons en terminant que le traité des régénérations est un ouvrage curieux et instructif, écrit et édité avec un grand soin ; la lecture en est intéressante et facile; un tel livre a sa place marquée d'avance dans la bibliothèque du médecin. D[r] A. COUSIN.

De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutifs aux fractures du fémur, par M. le docteur P. BERGER, aide d'anatomie à la Faculté. G. Masson. Paris.

Excellent travail que consulteront avec fruit tous ceux de nos confrères qui s'occupent de chirurgie.

L'auteur y étudie l'arthropathie du genou, qui accompagne toutes les fractures du fémur à quelque niveau qu'elles siégent.

Le fait d'une hydarthrose concomitante dans les fractures sus-condyliennes, signalé par Malgaigne, est étendu à toutes les fractures de cuisse. Une critique judicieuse de l'opinion des auteurs, des observations recueillies avec soin et en grand nombre, des expériences ingénieuses, pratiquées sur les animaux, servent de base et de justification à ce mémoire, dont nous ne saurions donner une meilleure idée qu'en en reproduisant succinctement les conclusions :

1° Toute fracture de la diaphyse du fémur, du trochanter ou du col hors de la capsule, s'accompagne, si elle est complète, d'un épanchement dans l'articulation du genou ;

2° Cet épanchement apparaît d'autant plus tôt et en plus grande abondance, que la fracture est située plus près du genou, que la lésion est plus étendue, le sujet plus jeune ;

3° L'épanchement disparaît plus tôt chez les adolescents que chez les adultes ou les vieillards;

4° Il faut préférer, dans le traitement, les appareils à demi-flexion et tractions continues, le double plan incliné et la gouttière, au Scultet et aux appareils inamovibles ;

5° L'hydarthrose résulte tout à la fois de la gêne de la circulation en retour dans la synoviale, d'un certain degré d'arthrite et avant tout, suivant M. le professeur Gosselin, de la transsudation à travers le cul-de-sac de la synoviale d'une partie du sérum, provenant du sang à moitié coagulé, qui constitue l'infiltration sanguine gélatiniforme autour de la fracture.

Dr A. Cousin.

Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice, par M. le docteur J. Castiaux, interne des hôpitaux. A. Delahaye, libraire-éditeur. Paris.

Travail étendu, méthodique, plein d'idées ingénieuses et de faits intéressants, mais empreint peut-être d'un trop grand enthousiasme pour la méthode aspiratrice. L'auteur y décrit les appareils dont il a fait usage et étudie, avec observations à l'appui, leur emploi dans le diagnostic et le traitement de tous les épanchements pleuraux, quelle qu'en soit la nature et sur quelque sujet qu'ils

se rencontrent ; des épanchements du péricarde et des abcès ganglionnaires ; de la pneumatose gastro-intestinale ; de l'étranglement interne, de la hernie étranglée ; des collections liquides du foie. Il préconise également l'aspiration dans le diagnostic des abcès périnéphrétiques, dans la rétention d'urine ; puis vient l'emploi de l'aspiration dans l'hydarthrose du genou et dans l'arthrite blennorrhagique; il n'est pas enfin jusqu'aux bosses sanguines que M. Castiaux n'ait tenté de traiter par la méthode dont il rapporte très-justement l'idée première au docteur Dieulafoy.

Il y aurait beaucoup à dire sur l'emploi de l'aspiration dans les collections liquides du foie et surtout dans l'hydarthrose du genou ; en dépit des faits cités par l'auteur, nous avouerons n'être pas convaincu. La place qui nous est réservée est trop restreinte pour entrer plus avant dans la discussion.

Des planches représentant les instruments de M. Castiaux, et des tables de températures prises dans le cours des épanchements pleuraux traités par l'aspiration, complètent ce mémoire.

Dr A. Cousin.

BULLETIN DES HOPITAUX

Absence d'anus ; résection du coccyx pour la formation d'un anus artificiel. — Nos lecteurs se souviennent du procédé proposé par M. le professeur Verneuil pour faciliter la formation d'un anus périnéal dans les cas d'imperforation du rectum, que nous avons fait connaître dans notre numéro du 15 août dernier.

M. Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité, vient de communiquer à la Société de chirurgie (séance du 22 octobre) un fait où il y a eu recours ; le petit malade n'a pas été sauvé, il est vrai, et l'on verra tout à l'heure que ce résultat n'était pas possible ; mais du moins le procédé s'est-il montré avantageux en permettant de venir à bout de l'opération, qui autrement n'aurait vraisemblablement pu s'effectuer.

Il s'agit, dans l'observation de M. Tarnier, d'un enfant né à la Maternité le 2 septembre dernier, à cinq heures du matin. Cet enfant,

bien développé en apparence, car il pesait un peu plus de 3500 grammes, respirait avec la plus grande difficulté ; l'on entendait à distance une sorte de ronflement trachéal prononcé. L'examen des orifices naturels fit reconnaître une imperforation du rectum.

On essaya de le faire teter. Il prit très-bien le sein ; mais, après quelques succions, il eut un accès de suffocation, et rejeta le lait ingéré.

A six heures il y eut une miction, et l'on constata dans l'urine la présence de méconium presque pur.

A neuf heures du matin, l'enfant, présenté à M. Tarnier, était dans l'état suivant.

La face était violacée, les extrémités étaient bleuâtres et froides ; la respiration était pénible et embarrassée ; du méconium pur s'écoulait par le méat urinaire.

Quand l'enfant buvait, la déglutition paraissait s'accomplir ; mais au bout de quelques secondes la respiration s'interrompait, la face se congestionnait, et le liquide ingéré était rejeté dans un effort de toux. En présence de ces signes, M. Tarnier pensa qu'il y avait d'une part un rétrécissement de l'œsophage, d'autre part une communication entre la vessie et la partie terminale de l'intestin.

Le cathétérisme œsophagien étant pratiqué, la sonde pénétra facilement, et on abandonna l'idée de rétrécissement de ce conduit.

M. Tarnier se mit en devoir d'établir un anus artificiel.

Une incision pratiquée sur la ligne médiane, dans une étendue de 25 millimètres, vint aboutir à la pointe du coccyx ; on incisa, couche par couche, jusqu'à une profondeur d'un centimètre et demi environ. L'exploration faite avec le doigt ne faisait nullement constater la présence de l'intestin ; cependant l'enfant criait beaucoup. M. Tarnier alors résolut d'employer le procédé de M. Verneuil, c'est-à-dire de pratiquer la résection du coccyx.

Cinq millimètres de cet os ayant été réséqués, bientôt le doigt, porté en arrière en déprimant les tissus, reconnut qu'en un point la résistance était moindre, et qu'à ce niveau on percevait une petite tumeur lorsque l'enfant criait. Une légère incision, qui sectionna une mince couche de tissu cellulaire, ayant été pratiquée, l'ampoule intestinale apparut. Deux fils furent posés de manière à maintenir d'abord l'intestin et à l'attirer ensuite ; puis l'ampoule fut sectionnée à l'aide de ciseaux. On sutura ensuite, et l'intestin arriva sans grand tiraillement en contact avec la peau. Perte de sang insignifiante ; libre écoulement du méconium.

L'opération avait donc réussi. Cependant les symptômes asphyxiques ne tardèrent pas à s'aggraver. Le soir l'urine était claire et continua ainsi jusqu'à la mort de l'enfant, qui survint deux jours après.

L'autopsie, dont nous ne donnerons que les résultats principaux, fit reconnaître que le tube digestif présentait des malformations importantes, savoir : une double fissure de 2 centimètres et demi de longueur qui, siégeant au niveau de la paroi postérieure de la

trachée et de la paroi antérieure de l'œsophage, faisait communiquer ces deux conduits; l'abouchement du rectum, terminé en pointe, dans le canal de l'urèthre, tout près du col de la vessie. — L'intestin avait été ouvert à 12 millimètres de sa terminaison, dans sa portion la plus déclive.

D'après l'affirmation de M. Tarnier, la résection du coccyx, à laquelle il ne saurait voir aucun inconvénient, lui a été dans ce cas d'une très-grande utilité, et sans ce procédé il lui aurait été, suivant toute probabilité, impossible d'achever l'opération.

RÉPERTOIRE MÉDICAL

REVUE DES JOURNAUX

Innocuité et utilité de l'extrême et rapide dilatation de l'urèthre chez la femme pendant l'anesthésie, obtenue à l'aide du chloroforme, prouvées par de nouveaux faits cliniques importants. Voici les conclusions de ce mémoire (1) de M. E. Simonin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

« La dilatation rapide et extrême du canal de l'urèthre, obtenue par moi, a eu lieu une fois pour l'extraction de corps étranger introduit dans la vessie ; deux fois pour l'extraction de calculs ; une fois pour s'assurer, au moment d'une lithotritie, si la vessie contenait ou non un corps étranger ; et une autre fois pour l'examen du canal de l'urèthre, à l'occasion d'un polype de cette région.

Sans le sommeil dû aux anesthésiques, la douleur provoquée par la dilatation rapide est considérable, et ne permettrait point, en général, d'opération sérieuse et de longue durée.

Il y a lieu, d'après les résultats cités, de tenter la dilatation de l'urèthre, soit pour l'extraction de corps étrangers introduits dans la vessie, soit pour remplacer, dans certains cas, la lithotritie, la taille uréthrale et la taille hypogastrique. Il y a lieu de l'employer pour le diagnostic, à l'aide du doigt indicateur, de la présence de corps étrangers dans la vessie, pour le diagnostic des états si divers de cet organe, comme pour celui de l'urèthre.

La dilatation rapide du canal de l'urèthre, chez la femme vivante, a été obtenue par le procédé de l'auteur, de telle sorte que, pendant l'anesthésie déterminée à l'aide du chloroforme, le diamètre de l'urèthre a pu atteindre l'étendue de 23 à 24 millimètres, et que l'urèthre a pu être franchi soit par le doigt indicateur, soit par divers instruments : dilatateurs et tenettes réunis, tenettes chargées de calculs, offrant une circonférence totale de 68 à 70 millimètres. Cette dilatation n'a provoqué aucun inconvénient, au point de vue général, et a été produite sans aucune douleur à la suite de l'anesthésiation. Elle a eu lieu sans rupture du canal.

Elle n'a pas provoqué l'incontinence de l'urine, et, au contraire, après avoir été obtenue, une incontinence chronique, due à la présence d'un calcul, a cessé complétement après l'extraction du corps étranger.

Dans un fait ultérieur, où il s'agissait d'une tumeur érectile du canal de l'urèthre, j'ai substitué, pour l'exa-

(1) Brochure publiée à Nancy, chez Berger-Levrault.

men, au speculum *ani* le speculum destiné à l'examen de l'oreille. »

Anesthésie par le protoxyde d'azote ; signes précisant le moment où doit commencer l'opération. L'expérience a démontré dans la pratique qu'on ne peut se baser sur les quantités de gaz employées dans l'inhalation, pour fixer le moment le plus favorable à l'opération. 6 litres peuvent suffire, mais l'auteur a dû en administrer jusqu'à 25. Il est d'ailleurs utile de ne pousser l'anesthésie qu'au minimum nécessaire. M. le docteur Oddo a cherché dans les signes extérieurs l'indication précise de la possibilité d'opérer, alors que l'anesthésie est sinon apparente, du moins suffisante.

Au moment où commence l'inhalation du gaz et pendant les premières secondes, les phénomènes sont assez divers : chez les uns, il se produit une animation très-vive ; chez d'autres, une pâleur accompagnée d'une surexcitation nerveuse, effet produit autant par l'arrivée du gaz dans les voies respiratoires, que par la crainte et l'émotion qu'éprouve toute personne soumise à une opération. Mais au bout de dix à quinze secondes, le calme se rétablit, on remarque un affaissement général ; c'est à ce moment que l'insensibilité a lieu ; des signes plus caractéristiques se distinguent sur la figure du patient, signes tout spéciaux résumés par une pâleur semi-livide, qu'il est très-facile d'observer, accompagnée assez souvent d'un état de stupéfaction ; c'est à ce moment que l'effet anesthésique s'accomplit et que l'on doit arrêter l'inhalation.

D'autres fois, des phénomènes particuliers se manifestent, le sujet, arrivé à la période d'insensibilité, éprouvera des soubresauts, des mouvements nerveux (se soulever, parler, raisonner, même danser), en un mot, des preuves presque évidentes que le protoxyde d'azote n'aurait pas produit tout l'effet désiré ; mais c'est une erreur, le résultat est obtenu, le patient est parfaitement insensible ; il n'aura, après l'opération, reprenant son état normal, aucun souvenir de ce qui s'est passé ; il serait donc dangereux de poursuivre plus loin l'inhalation.

Un exemple cité par M. Oddo montre que dans les cas de ce genre la pâleur caractéristique se manifeste alors qu'il peut n'y avoir aucun signe apparent de sensibilité. (*Marseille médical*, 20 octobre.)

Succès du bromure de potassium dans un cas d'hydrophobie. Un paysan de quarante-trois ans fut mordu par un chien enragé à la fesse droite, et la plaie fut cautérisée quatre heures après avec le fer rouge. Un mois après, des troubles nerveux se manifestent et augmentent le lendemain, avec physionomie abattue, sentiment de constriction à l'épigastre et au gosier. Le docteur Navarini, chirurgien en chef de l'hôpital de Brescia, prescrit 3 à 4 grammes de chloral la nuit pour provoquer le sommeil. C'est en vain. La nuit du troisième jour est encore plus agitée, avec anxiété, voix rauque, contraction tétanique du bras droit, du thorax et du cou, avec prévisions lugubres, hallucinations. Le malade est mélancolique, abattu, découragé le lendemain matin. On donne alors 4 grammes de bromure de potassium en solution. L'amélioration est évidente, la nuit est plus tranquille, et, en augmentant la dose, le calme revient et la mélancolie disparaît.

Huit jours après la cessation de ce traitement, les mêmes accidents reparaissent, moins intenses. On donne 6 grammes de bromure, et ils disparaissent comme la première fois. Le malade sort de l'hôpital, et la guérison s'est maintenue depuis. (*Ann. delle sc. med.*, août.)

Bien que l'auteur ne donne pas ce fait comme un fait confirmé de rage, c'est à tort qu'il l'a intitulé : *Hydrophobie*, puisque ce symptôme essentiel n'est pas plus constaté que les dates de cette observation d'ailleurs importante. (*Union méd.*, n° 138.)

Névralgie du testicule guérie par l'électrisation. Cette observation, racontée longuement et sur un ton de gaieté tout à fait italien, peut se résumer brièvement. Un jeune homme, n'ayant eu aucun accident vénérien, était tourmenté d'une névralgie testiculaire, à ce point qu'il demandait instamment la castration, parce que les moyens ordinaires avaient été impuissants. Le docteur Felippi eut l'idée d'employer les cou-

rants continus, et en cinq séances le malade fut guéri. Malheureusement, l'auteur est moins prolixe sur le mode de traitement. Il nous dit simplement qu'il a employé un courant constant direct et faible. Un examen approfondi avait démontré que la névralgie était essentielle, c'est-à-dire ne dépendait ni d'une affection du testicule, ni d'une accumulation de matières fécales.

Nous n'avons aucune raison de croire que la guérison n'a pas été persistante, et sans doute l'électrothérapie est un moyen de guérison de la névralgie testiculaire lorsqu'elle est essentielle ; mais nous croyons que cette affection est le plus souvent symptomatique, et qu'alors l'électrisation échoue. Nous en avons eu récemment la preuve dans deux cas. L'emploi répété des purgatifs pour l'un et l'application d'un bandage pour l'autre, dans lequel existait une pointe de hernie inguinale, ont réussi, alors que les traitements ordinaires, et même l'électrisation, avaient échoué. (*L'Imparziale* et *Gazette hebdomadaire*, 1875, nº 38.)

Influence de la belladone sur les sueurs. M. le docteur Sydney Ringer a expérimenté l'action de la belladone et de son alcaloïde, l'atropine, contre un certain nombre de cas de sueurs pathologiques, physiologiques ou provoquées. De ces expériences et de ces observations, il paraît résulter que ces agents ont une action très-rapide et évidente sur les glandes sudoripares. La belladone en onction sous forme de liniment belladoné, l'atropine en injections hypodermiques et à très-faibles doses (quelques centièmes de grain), modèrent ou font cesser les sueurs. Chez les phthisiques, par exemple, l'injection sous-cutanée *d'un centième de grain* d'atropine, pratiquée le soir, arrêterait les sueurs profuses et par là procurerait aux malades le calme et le sommeil. Ce moyen, inoffensif d'ailleurs, mériterait d'être plus longuement expérimenté, et si vraiment il était aussi efficace que le prétend l'auteur, il n'y aurait pas lieu de craindre de pratiquer une injection chaque soir, malgré la congestion de la face et la sécheresse de la gorge que produit l'absorption de la belladone et de l'atropine. Dans un cas de rhumatisme aigu, l'atropine administrée de la manière indiquée plus haut a fait cesser rapidement, mais momentanément, les sueurs abondantes. La peau demeura sèche pendant deux heures, puis les sueurs reparurent plus abondantes. (*Gazetta medica italiana* et *Gazette hebdomadaire*, 1875, nº 34.)

Bons effets de l'emplâtre de belladone contre le symptôme vomissement. M. Gueneau de Mussy a appelé l'attention de ses collègues de la Société de thérapeutique sur les bons effets de l'emplâtre de belladone contre le symptôme vomissement. Bretonneau appliquait cette médication aux vomissements incoercibles de la grossesse ; M. Gueneau de Mussy, depuis vingt-cinq ans, l'a étendue à tous les vomissements quels qu'ils soient. Il prescrit un emplâtre de 12 centimètres de diamètre, composé comme il suit : emplâtre diachylum, 2 parties ; emplâtre de thériaque, 2 parties ; extrait de belladone, 1 partie. Cet emplâtre peut être quinze jours en place sans être renouvelé. Il est parvenu ainsi à faire cesser des vomissements que rien ne pouvait arrêter depuis très-longtemps. M. Gueneau de Mussy eut l'idée, devant ces résultats, d'employer cet emplâtre comme prophylactique et curatif du mal de mer. Une jeune dame qui n'avait jamais pu mettre le pied sur un bateau sans être torturée par le mal de mer, a pu, par ce moyen, faire le voyage d'Australie sans être sérieusement incommodée. M. Gueneau de Mussy mentionne un grand nombre d'observations analogues. (*Gaz. méd.*)

Excrétion d'iode et de brome par la glande mammaire. Si les résultats obtenus par l'auteur sont confirmés, ils offrent une grande importance pratique. En effet, suivant M. Loughlin, après un usage prolongé de bromure ou d'iodure de potassium, on peut retrouver chez les nourrices l'iode ou le brome dans le lait. Pour rechercher ces agents dans le lait, on fait bouillir celui-ci, et après avoir filtré l'extrait aqueux, on le fait distiller avec le permanganate de potasse et l'acide sulfurique ; on traite le produit de la distillation par le sulfure de carbone ou le chloroforme. On peut procéder dif-

féremment. Faisant bouillir jusqu'à réduction en pâte le lait, on le traite par l'eau chlorurée, et le produit de la filtration est mis pendant vingt-quatre heures dans le sulfure de carbone ou le chloroforme. Dans ces deux manières d'opérer on voit la coloration caractéristique de l'iode et du brome. (*Philadelphie Medical Times*, et *Gaz. hebd.*, n° 33, 1873.)

VARIÉTÉS

Hôpitaux et hospices de Paris. — MM. Pidoux, Marrotte, Cazalis, Barthez ayant donné leur démission de médecins des hôpitaux ou étant arrivés à leur limite d'âge, l'administration ayant, de plus, supprimé une des deux places de médecin de l'hospice d'Ivry, et créé une nouvelle place de médecin à l'hôpital Saint-Antoine, le mouvement suivant aura lieu le 1er janvier 1874 dans les divers hôpitaux:

M. Woillez passe à la Charité; — M. Gombault, à la Pitié ; — M. Ed. Labbé, à la Maison de santé ; — M. Cadet de Gassicourt, à Sainte-Eugénie ; — M. Isambert, à Lariboisière ; — M. Blachez, à Saint-Antoine. — MM. Brouardel, Lancereaux, Cornil et Bouchard, médecins du Bureau central, sont nommés à Saint-Antoine, à Lourcine, à Sainte-Périne et à la Direction des nourrices.

Concours de l'internat. — Ont été nommés :

1. MM. Cuffert, Taperet, Bouveret, Schwartz, Ribemont, Chenet, Darolles, Léger, Richaud, Dreyfus.

11. MM. Oulmont, Guyard, Porak, Mague, Drouin (Jean), Kirmisson, Graux, Moutard-Martin, Hirtz, Angelot.

21. MM. Decaudin, Hervouet, Rafinesque, Chevalier, Collin (Eugène), Delfau, Pauffart, Rondot, Dave, Vallérian.

31. MM. Doumange, Rémy, Martin (Hippolyte), Balzer, Izenard, Ledouble, Chiray, Garnier, Michel, Magon.

Provisoires. — MM. Sainte-Marie, Golay, Richerand, Regnard, Cossy, Carpentier-Méricourt, Delaunay, Langlebert, Dreyfous, Magnant, de Boissimont, Robin, Carrié, Parant, Rogeau, Derville, Noël, Redard, Cruet, Drouin (Alphonse), Mora, Faucher, Lépine, Goetz, Clozel de Boyer, Bulteau, Pétel.

La Société de médecine de Paris, dans sa séance du 13 décembre, a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1874 :

Président : M. Peter ; — vice-président : M. Gallard ; — secrétaire général : M. Charrier ; — secrétaires annuels : MM. Gillette et Lolliot ; — trésorier : M. Perrin ; — archiviste : M. A. Voisin.

Le rédacteur gérant : A. GAUCHET.

TABLE DES MATIÈRES

DU QUATRE-VINGT-CINQUIÈME VOLUME

D

E

FIN DE LA TABLE DU TOME QUATRE-VINGT-CINQUIÈME.

Paris. — Typographie A. Hennuyer, rue du Boulevard, 7.